THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

218

ANNÉE 1906 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

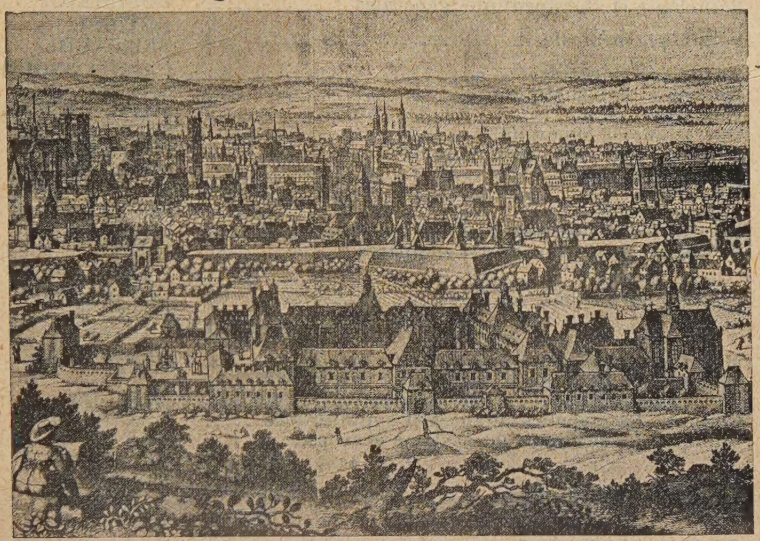
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Avril 1906, à 1 heure

PAR

Georges NOIR

URBI ET ORBI



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

DACTYLITE SYPHILITIQUE

Syphilis osseuse du Métacarpe et du Métatarse

Président : M. GAUCHER, *professeur*

Juges { MM. RETTERER, *agrégé*
CLAUDE, *agrégé*
MACAIGNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, 15, RUE RACINE
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Dactylite Syphilitique

Syphilis osseuse du Métacarpe et du Métatarse

INTRODUCTION

On a attribué à tort à la tuberculose, surtout chez les nouveau-nés et les enfants, mais aussi chez les adultes, bien des lésions qui relevaient en réalité de l'infection spécifique.

Il est certain, par exemple, que, se basant uniquement sur les symptômes objectifs du spina ventosa, il est impossible, à la période de gonflement, de savoir si on doit incriminer la tuberculose ou la syphilis.

Le malade qui fait le sujet d'une de nos observations avait été pendant sept ans considéré et traité comme bacillaire. En même temps que lui, MM. Gaucher et Louste présentaient à la Société française de Dermatologie un autre malade, également hérédo-spécifique, dont les lésions simulaient absolument la

bacillose. Et M. le professeur Gaucher (1) disait que « cette similitude des lésions tuberculeuses et syphilitiques est peut-être moins rare qu'on ne croit » et se demandait « si dans les hôpitaux spéciaux d'enfants où l'on voit s'éterniser des tuberculoses osseuses chroniques, quelques-unes ne bénéficieraient pas du traitement spécifique ».

Il ajoutait qu'à l'hôpital Saint-Antoine il avait observé deux malades traités pendant des années par des médecins compétents pour des lésions de tuberculose osseuse ; ces malades avaient guéri après quelques semaines de traitement spécifique et n'avaient pas présenté d'autres accidents depuis six ans.

M. le professeur Gaucher eut deux fois au moins l'occasion d'observer des faits de même nature dans sa clientèle privée.

Notre ami le Dr Grosjean (2) de Berck-sur-Mer a eu l'obligeance de nous donner une observation résumée d'un cas analogue dont il nous avait parlé il y a quelques années.

Il s'agit d'une dame présentant des lésions multiples diagnostiquées tuberculeuses par plusieurs médecins distingués qui lui avaient conseillé le séjour à Berck. Le Dr Grosjean avait d'abord accepté le diagnostic de ses confrères et traité dans ce sens la malade, lorsqu'un accident à caractères nettement syphilitiques lui révéla fortuitement la véritable

1. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syp.*, mai 1905, p. 157.
2. V. le cas X des adultes au chapitre « Diagnostic ».

nature du mal. Le traitement spécifique fit merveille et, depuis, cette malade, que notre ami revoit chaque année, resta guérie et ne présenta aucun autre accident.

Tous les syphiligraphes ont signalé de semblables erreurs de diagnostic, souvent fort excusables : « Nous sommes disposé à croire, a dit Cazenave, que dans certains cas de transmission héréditaire la syphilis peut perdre de sa physionomie habituelle, et, par exemple, emprunter un cachet nouveau au type scrofuleux. »

Mauriac a dit à ce sujet : «... l'ostéosyphilose présente souvent le même aspect et les même allures que l'ostéo-tuberculose. C'est entre les déterminations sur les os de ces deux grandes diathèses que le doute est souvent permis. Je dirai même qu'il s'impose dans beaucoup de cas... » Dans bien des cas, donc, ces erreurs de diagnostic ne sont pas imputables à la légèreté ou à l'ignorance, et tiennent à ce que, en vieillissant, la syphilis perd de plus en plus ses caractères spécifiques ; ses manifestations deviennent d'autant plus variables, capricieuses, partant d'autant plus difficiles à diagnostiquer, qu'elles surviennent à une époque plus éloignée de l'accident primaire.

Nous n'insisterons pas davantage ici sur ces considérations que nous développerons au chapitre du Diagnostic. Nous voulions seulement montrer que si l'affection dont nous nous occupons est rare, elle n'en est pas moins très intéressante.

On conçoit en effet tout l'intérêt qu'il y a pour le médecin à pouvoir faire dès le début le diagnostic de syphilis. Nous verrons plus loin dans les observations que faute d'avoir reconnu la cause profonde, la nature véritable du mal, on fut conduit dans plusieurs cas à pratiquer une opération mutilante. Dans d'autres cas, le doigt fut conservé, anatomiquement parlant ; mais il resta atrophié et perdit sa capacité fonctionnelle : La méconnaissance de la nature de l'affection entraîna donc des fautes thérapeutiques graves dont les conséquences furent déplorables.

La lecture de ces cas malheureux dispense de commentaires et montre assez quelle importance pratique présente l'étude de la dactylite syphilitique.

Grâce à la connaissance de son mode d'apparition, de sa symptomatologie et de son évolution dans ses différentes formes cliniques, le médecin pourra faire le diagnostic, instituer à temps le traitement spécifique, et ainsi juguler le mal, enrayer le processus destructif avant qu'il n'eût produit des désordres irréparables.

Telles sont les considérations qui nous ont conduit à choisir ce sujet de thèse.

CHAPITRE I

Critique du terme dactylite syphilitique
Définition

Critique du terme dactylite. — Le mot dactylite signifie affection du doigt.

Il y a deux grandes classes de dactylites : les *dactylites aiguës non spécifiques* comprenant les diverses variétés de panaris ; et les *dactylites chroniques diathésiques*, tuberculeuse et syphilitique.

Nous n'avons à nous occuper que de la dactylite syphilitique.

Le terme *dactylite syphilitique* a été employé pour la première fois, croyons-nous, par Chassaignac en 1859 ; et on se demande pourquoi l'année suivante Nélaton crut devoir appeler *panaris syphilitiques* les deux cas de dactylite qu'il rapporta. Il ne s'explique pas là-dessus, et le choix de son expression est d'autant plus surprenant et moins justifié qu'il s'agissait de dactylites non douloureuses à évolution chronique. Le mot panaris évoquant l'idée de phénomènes aigus est donc impropre cliniquement ; il ne l'est pas moins étymologiquement puisque venant de « paronychia » il devrait désigner une affection du voisinage de l'ongle.

En 1870, Bergh de Copenhague avait employé dans

son observation le mot *ostéomyélite gommeuse du doigt*. Nous ne critiquerons pas ce terme qui convenait bien au cas particulier qu'il rapportait ; nous lui préférerons pourtant celui de *spina ventosa spécifique*. Mais l'un et l'autre ont le défaut, comme aussi par exemple celui de *phalangite spécifique* (employé par Lewin), de ne désigner qu'une variété, qu'une forme particulière de l'affection qui nous occupe.

D'accord en cela avec presque tous les auteurs nous donnerons la préférence au terme *dactylite syphilitique*, en formulant certaines restrictions ; nous nous expliquerons plus loin sur ce que nous entendons désigner par ce mot.

Cette dénomination a été assez vivement critiquée par quelques auteurs qui lui ont reproché d'être trop générale : «.... En ce qui concerne le terme dactylite, dit Lewin, il est illogique de donner le nom d'un organe entier alors qu'une partie seulement de cet organe est touchée. De même qu'on dit iritis, kératite, rétinite,... et non ophtalmie, de même on doit distinguer les affections de la peau, des muscles, des tendons, du squelette, etc... du doigt. »

Nous pourrions rétorquer l'argument et répondre que Lewin tombe dans l'excès contraire encore plus blâmable, selon nous. A ce compte, pourquoi donner le même nom aux formes nerveuse, hémorragique,... de la fièvre typhoïde, et ne pas compliquer et embrouiller à plaisir, sous prétexte d'exactitude et de précision, la nomenclature nosologique.

Lewin aurait pu encore reprocher aux auteurs qui

l'avaient précédé d'avoir restreint le sens du terme générique dactylite syphilitique en excluant certaines lésions comme l'onyxis spécifique qui est pourtant une lésion syphilitique du doigt. Nous ne commenterons pas davantage ces objections faciles, sans valeur comme sans intérêt.

J. Heller (1), de Berlin, après avoir rappelé la critique de son maître Lewin, qu'il qualifie de « judicieuse », ajoute non moins judicieusement : «... Mais dans nombre de cas les lésions tardives de la syphilis ne sont pas localisées rigoureusement sur un seul tissu; dans les affections osseuses, la peau, les tendons et les muscles peuvent participer dans une mesure variable au processus, et inversement. Cela pratiquement créerait des difficultés et il en résulterait une classification forcément artificielle, le tissu primitivement atteint étant le seul désigné dans une telle nomenclature. C'est pourquoi j'ai conservé le terme *dactylite syphilitique*. »

Pour les mêmes raisons que Heller les différents auteurs qui se sont occupés de la question ont adopté à peu près unanimement ce terme ; et c'est lui aussi que nous choisirons, quitte à lui adjoindre, dans chaque cas particulier, un ou plusieurs des qualificatifs : périostique, articulaire, tendineuse, etc...

Définition. — Par dactylite syphilitique, Taylor entendait désigner seulement la dactylite tertiaire,

---

1. J. Heller. In *Derm. Zeitschrift*, III, p. 537 et suivantes. Berlin, 1896.

les affections gommeuses des doigts, sans tenir compte du ou des tissus affectés.

Ainsi se trouvaient exclus le chancre, l'onyxis, le périonyxis et les diverses lésions cutanées secondaires. Nous ferons les mêmes restrictions et nous exclurons ces lésions, *mais celles-là seulement*. « C'est une erreur de croire que la syphilis n'attaque l'organisme que couche par couche, en commençant par les plus extérieures, par les téguments, pour arriver peu à peu avec le temps vers les plus profondes... Toute la substance organique est envahie par le virus dès le début de l'intoxication. Aucune molécule, aucun tissu ne lui échappent. Il n'existe pas une seule partie du corps qui ne soit susceptible de concevoir en tout temps l'action syphilitique et de la traduire à sa façon. » (1).

Depuis longtemps, en effet, de nombreuses observations ont montré le trop absolu de la théorie de l'évolution topo-chronologique qui rétrécissait singulièrement le domaine de la syphilis secondaire, ne lui laissant guère que l'onyxis, le périonyxis et les syphilides muqueuses et cutanées. Il est maintenant hors de doute qu'il y a des ostéopathies syphilitiques secondaires, et on a le droit de considérer comme une dactylite secondaire le cas d'Archambault (2). On *doit* regarder comme secondaire la périostite du cas de Mauriac ; cette périostite (du

1. Ch. Mauriac. *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, Paris, 1890, p. 22.

2. Enfants, cas I.

1er métatarsien) survint cinquante-six jours après le coït infectant et quinze jours après la roséole ; elle était donc nettement secondaire et même secondaire précoce. Dans d'autres cas il est permis d'hésiter entre les épithètes : secondaire, secondaire tardive, secondo-tertiaire, tertiaire précoce, tertiaire. Nous verrons sur quelles raisons on doit se fonder si on tient absolument à faire un choix entre ces divers qualificatifs.

Il y a donc des dactylites syphilitiques secondaires. Etendant le sens trop restreint donné au mot par Taylor nous désignerons par dactylite syphilitique *toutes les lésions spécifiques du doigt à l'exception du chancre et des lésions secondaires de la peau et de ses dépendances.*

CHAPITRE II

Historique.

Du fait même de sa rareté la dactylite syphilitique a été pendant longtemps méconnue.

En 1779 Plenck (1) fit paraître à Vienne un ouvrage sur les maladies vénériennes ; au chapitre des « Spasmes vénériens » il parle très brièvement d'un enfant de six ans hérédo-spécifique, épileptique depuis l'âge de trois ans, et présentant des spina ventosa

1. Plenck. *Doctrina de morbis venereis,* p. 132. Vienne 1779.

de la main et du pied. Plenck attribue donc certainement l'épilepsie à l'hérédo-syphilis ; mais il est impossible de savoir s'il considère aussi les spina ventosa comme des manifestations de l'hérédo-spécificité ou simplement comme des lésions scrofuleuses survenant chez un syphilitique.

Quoi qu'il en soit, le Dr Robert Williams (1), dans des leçons faites en 1834 au « College of Physicians » rapporte deux cas de cette affection.

En France, Baumès (2) donne dans son livre, en 1840, l'histoire de plusieurs enfants issus d'un père syphilitique : « L'aînée des demoiselles, dit-il, présenta, toute jeune encore, des maux de poitrine et d'estomac, puis le gonflement, l'engorgement de quelques phalanges des mains et des pieds ». Mais il ne dit rien de plus sur cette affection et ne se préoccupe même pas de lui donner un nom.

Le terme dactylite syphilitique est employé pour la première fois en 1859 par Chassaignac, dans la *Clinique Européenne* et dans son *Traité de la Suppuration*, Paris, 1859, page 626.

La même année Van Ordt (*Les Tumeurs gommeuses*, thèse, Paris, 1859) cite une observation.

L'année suivante, 1860, Nélaton fait sur le « panaris syphilitique » une leçon publiée d'abord dans la

---

1. Ces deux observations se trouvent dans le travail de Lewin (V. la Bibliog.).

2. P. Baumès. *Précis th. et prat. sur les mal. vén.* Paris et Lyon, 1840, 1re période, p. 178.

Gazette des Hôpitaux, puis sous forme d'analyse dans le *Bulletin thérapeutique ;* il cite deux cas.

En 1867, Lücke (de Berne) publie dans le *Berliner Klin. Wochensch.*, deux cas de dactylite syphilitique, ce travail a été traduit presque in extenso dans les *Archives de Médecine*, 1873. Dans son article il mentionne également trois cas d'Erlach de Berne ; mais ces observations, d'ailleurs succinctement résumées, seront probablement tenues pour suspectes par Taylor qui n'en parlera pas dans son mémoire.

En 1868, le Dr Guyot observe un cas de périostite très précoce du premier métatarsien ; il donne lecture de cette observation en 1869 à une séance de la Société médico-chirurgicale de Paris.

En 1869, Archambault rapporte dans l'*Union médicale* le cas d'un enfant qui présenta comme premier signe d'infection spécifique un gonflement du doigt qui fut suivi peu après de plaques muqueuses ; il fut frappé surtout par ce fait que les lésions profondes avaient précédé les lésions superficielles. Nous avons vu précédemment ce qu'il faut penser de cette prétendue « interversion ».

En 1870, Bergh (de Copenhague) publie in *Arch. für Derm. et Syph.* un article intitulé : *Fall von Gummœsen* (*syphilitischen*) *Dactylitis*. Il s'agit d'un cas typique de spina ventosa spécifique.

La même année, 1870, Risel rapportait in *Berl. Klin. Woch.* un cas de dactylite syphilitique des doigts et des orteils.

En janvier 1871 le savant médecin américain R.-W. Taylor fit paraître un mémoire important sur ce sujet : *On Dactylitis Syphilitica*, in *Americ. Journ. of syph. et dermatology*, volume II, 1871, analysé in *Archives de Dermatologie et Syphiligraphie* (de Paris), tome III, page 114, par Curtis.

Dans ce mémoire, il décrit un cas personnel bien observé, rappelle les autres cas relatés jusqu'alors, les commente, puis, à l'aide de ces documents, présente une étude d'ensemble, une monographie de la question très bien faite, et à laquelle les différents auteurs qui s'occupèrent du sujet depuis n'ont rien trouvé d'essentiel à ajouter ou à retrancher.

Ce travail attire l'attention des médecins sur cette question jusque-là presque ignorée, et dès lors les observations de dactylite syphilitique deviendront de plus en plus nombreuses.

En 1872, Curtis Smith publiait in *Amer. Journ. of syph. et derm.* un cas de dactylite syphilitique congénitale. Peu après, le même volume contenait (p. 141) un travail de Wiglesworth un travail intitulé *Case of syphilitica dactylitis*. Ces deux observations ont été analysées dans la *France médicale* (1873) par H. Chevallereau. En Amérique encore Perry de Philadelphie publiait quelques observations dans *The Philad. med. Times*.

Dans l'année 1873, Morgan, qui déjà en 1872 avait dans un intéressant ouvrage, *Practical lessons on contagious diseases* (p. 231-236), attiré l'attention sur la dactylite syphilitique, publiait in *The Med. Press*

and Circular (16 décembre 1872 et janvier 1873), deux articles fort remarquables.

Un nouvel article dans le même journal parut au mois d'avril de la même année, et en même temps dans le *Dublin Journ. of. med. Sciences*. Ces deux articles résumaient les renseignements donnés par Morgan sur la maladie devant la Société obstétricale de Dublin et les discussions qu'ils avaient fait naître. Ces travaux furent analysés dans *The American Journal*, mai 1873, p. 119, in *Bulletin de la Société obstétrique* de Londres et en France dans la *Revue des Sciences médicales* par M. Delens, 1873.

Le Dr Gross in *The Surgery* (1873) consacre quelques pages au même sujet. En Italie Scarenzio publie un cas.

Cette même année 1873, W. Taylor, dans les *Arch. of scient. and pract. medicine*, de Brown-Séquard et Segin, n° 4, avril 1873, publiait : *Clinical observations on the syph. lesions of the bones of the hands in young children*, où se rencontre un très beau cas de dactylite syphilitique. — Tilbury Fox, dans la 3e édition de son traité : *On skin diseases*, (3e édit., p. 297-300), donne un rapide aperçu de la question.

En 1874, article de Bulkley, *Rare Cases of congenitale syphilis* (*Dactylitis syphilitica*), paraissait à New-York dans le *Medic. Journ.* (mai 1874) et le même journal (octobre 1874) contenait un cas de dactylite syphilitique observé par le Dr Busey chez un enfant de dix-huit mois (*Dactylitis syphilitica*,

in a child eigthen months old). Ces deux observations (Busey et Bulkley) ont été analysées dans les *Arch. of Dermatology* (VII, nº 2, janvier 1875, New-York). Cette même année le Dr Keyes lit une observation de dactylite syphilitique à la *New-York dermatological Society*.

En février 1875, Brynberg Porter, in *The Amer. Journ. of obstetrics* (p. 549-555), rapporte plusieurs cas de dactylite syphilitique congénitale; ce travail est suggéré à son auteur par une publication importante de W. Taylor commencée dans le même journal en 1874 et terminée en février 1875 (*Syph. lesions of the osseous system. in infants and young children*), et où il est question en maints passages de la dactylite syphilitique.

En 1875, Beauregard dans sa thèse (*Séméiotique des Dactylolises*) donnait deux observations inédites de dactylite syphilitique. La même année, le même auteur publiait in *Ann. de gynécologie* un travail intitulé : *Etudes sur la syphilis congénitale; de la dactylite syphilitique en particulier*. Dans ce mémoire il donnait la traduction de plusieurs des observations américaines citées plus haut.

En 1876, nouveau travail de Busey en Amérique.

En 1876 et 1877, travail de Galassi en Italie, une observation.

En 1878, travail de Deakin à Calcutta.

En 1879, Lewin publie à part une monographie de la dactylite syphilitique déjà parue dans les *Charité-Annalen* (1877); il rassemble un assez grand

nombre d'observations, donne six observations personnelles, reprend la question et la met à jour ; mais il n'ajoute rien d'essentiel à ce qu'avait dit Taylor.

En 1880. Mracek publie un cas in *Wien. Med. Presse.*

En 1881, en Italie, Pallizzari et Taffari dans leur livre sur les affections osseuses de la syphilis héréditaire, rapportent deux cas personnels de dactylite syphilitique.

En 1882, thèse d'Eschle (*Sur la dactylite syphilitique*) de Fribourg-en-Brisgau; deux cas personnels. Article de Porter in *Med. News Philad.*

En 1882-1883 le *Jour. of cut.* mentionne trois nouveaux cas de Fox, Sturgis, Bronson. Le cas de Sturgis est très intéressant en ce qu'il s'agit d'arthrites des articulations digitales.

En 1883, travail de Pacher Vittorio à Trévise.

En 1884, Von Kahlden publie un cas in *Deutsch. Arch. für Klin. Med. ;* un cas de Hall Lucy in *New-York Med. Journ. ;* deux observations dans Berne, thèse de Paris.

En 1889, Lowndes publie un cas in *The Lancet.*

En 1890, *Inaugural-Dissertation* de K. Koch de Nuremberg qui donne deux observations personnelles ; article d'Olmstead et publication d'un cas *in South. Med. Record, Atlanta* (Etats-Unis) ; publication d'un cas de Kollmann in *Münch. Woch.*

En 1892, travaux de Colcott, Fox in *The Lancet*

(1 obs.) et de Trapeznikoff *in Meditsina* à Saint-Pétersbourg.

En 1894, *Beiträge zur Casuistik der Dactylitis Syphilitica* par Eschle.

En 1896, Heller Julius, *Beitr. zur Lehre von der Dactylitis Syphilitica* in *Dermat. Zeitsch. Berlin* avec deux observations personnelles.

En 1896, Sherwell publie un cas relatif à un nourrisson.

En 1897, publication d'un cas par Gaucher et Barbe in *Annales de Dermatologie et Syliphigraphie.*

En 1898, *Syphilitic Node and Syphilitic Dactylitis* par Ohmann-Dumesnil in *Tri-State Med. Journ. and Pract.*, Saint-Louis.

En 1901, Mracek publie 1 cas de dactylite multiple in *Wien. Klin. Woch.*

En 1903, cas de Grosjean de Berck.

En 1905, publication in *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie* d'un cas de spina ventosa spécifiques multiples simulant la bacillose chez un hérédo-syphilitique, par Gaucher et Louste.

Enfin, février 1906, publication in *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie* un cas de spina ventosa syphilitique, par Gaucher et Sabatié.

CHAPITRE III

Syphilis du métacarpe et du métatarse osseux

Nous avions d'abord l'intention, en commençant notre thèse, de l'intituler simplement : Dactylite syphilitique. Mais nous avons cru devoir modifier, en le complétant, le titre primitif auquel nous avons ajouté celui de ce chapitre : cela à cause de la parenté étroite qui relie les phalanges et les métacarpiens et métatarsiens, en pathologie aussi bien qu'en anatomie.

Nous verrons dans les observations qui suivent qu'on trouve quelquefois associées les lésions de ces organes ; si la première phalange est primitivement lésée il peut se faire que, consécutivement, l'extrémité distale du métacarpien et l'articulation correspondante soient à leur tour frappées par la syphilis, et inversement ; de même pour les métatarsiens et les phalanges des orteils.

L'étude de la syphilis du métacarpe et du métatarse osseux peut donc être calquée sur celle de la dactylite osseuse, et tout ce que nous dirons sur les affections des phalanges osseuses sera applicable aux métacarpiens et aux métatarsiens.

Nous n'y reviendrons pas pour éviter des redites et nous dirons seulement, pour terminer, que le métacarpe et le métatarse osseux sont encore plus rarement que les phalanges le siège de manifestations syphilitiques.

CHAPITRE IV

De la Dactylite syphilitique en général

Rareté. — Après la description qu'en donna Chassaignac dans son *Traité de la Suppuration* (Paris, 1859, t. II, p. 626) et surtout après le remarquable travail de Taylor (1871) l'attention des syphiligraphes fut attirée sur la dactylite syphilitique. Et pourtant le nombre des observations rapportées par les auteurs de tous les pays est relativement restreint.

Quand Taylor écrivit son premier mémoire (janvier 1871), il n'avait vu qu'un cas, chez un adulte. En 1873, il donne deux observations nouvelles (1) de dactylite syphilitique relatives à des enfants, et insiste encore sur la rareté de l'affection contestée par le Dr Maury

1. *In Arch. of Scient. and pract. medic.* de Brown-Séquard et Seguin, 1873, n° 4, p. 354-360.

de Philadelphie : « Je n'ai nul désir, dit-il, d'exagérer la rareté d'une affection qui, aujourd'hui, ne compte pas plus de douze cas connus dans la science, et je m'inscris en faux contre l'assertion du Dr Maury qui aurait souvenir d'avoir vu de nombreux cas de dactylite syphilitique. Si jamais ce médecin publie des faits, je modifierai mon opinion sur la dactylite syphilitique qui serait alors une affection généralement rare, mais commune seulement à Philadelphie dans la clientèle du Dr Maury. On a montré au Dr Wiglesworth et à moi un cas d'abcès plantaire avec gonflement inflammatoire du gros orteil. Le médecin prétendait que c'était de la dactylite syphilitique ; il nous faisait en même temps l'honneur de nous informer qu'il avait déjà vu cinq cas de cette affection.

Le Dr Gross, dans son *Traité de Chirurgie* publié en 1872, admet que la dactylite syphilitique est fréquente. Il en aurait vu de nombreux cas. Les faits suivants éclairent suffisamment la question : Quand je publiai mon article en 1871, pas un cas n'avait été rapporté en Angleterre ou en Amérique. Aucun traité de chirurgie, pas même l'ancienne édition du Dr Gross, qui était alors dans toutes les mains, ne mentionnait cette affection. Mais depuis, il en a fait une pompeuse description dans son édition de 1872. D'ailleurs je tiens de plusieurs chirurgiens distingués de New-York, entre autres les Drs Bumstead et Sir James Paget, que s'ils ont vu cette affection c'est une fois au plus chacun ».

Pourtant à la date de 1883, Taylor, d'après Lowndes, aurait vu en tout dix cas de dactylite syphilitique. Mais il est présumable que la plupart de ces cas lui avaient été envoyés par des confrères et représentaient la presque totalité des cas observés en Amérique depuis 1871.

En 1879, Lewin publie la monographie de la dactylite syphilitique déjà parue dans les *Charité-Annalen* de 1877 (p. 618-683). Dans cette étude il dit que, de 1862 à 1877, sur le nombre considérable de malades qui vinrent à l'hôpital de la Charité de Berlin (3 à 4000 par an, en moyenne) il ne rencontra que six fois cette affection, trois fois chez des enfants et trois fois chez adultes.

En 1889, Lowndes (de Londres), commentant son observation de dactylite syphilitique, constate que tous les auteurs s'accordent à reconnaître que c'est là une affection très rare ; il cite les opinions de médecins anglais distingués, et pour mieux faire ressortir cette rareté il ajoute : « Dans douze ans, de 1875 à 1887, je n'en ai jamais vu un cas parmi les malades du Lock Hospital, quoique les cas de syphilis tertiaire y fussent communs, et les malades habitués à venir se faire soigner pendant plusieurs années après l'accident initial. Nous avons donc vu de nombreux cas de formes tardives de syphilis et si la dactylite syphilitique n'était pas une affection très rare nous aurions certainement eu occasion de la rencontrer. Je ne me rappelle pas en avoir vu auparavant dans ma clientèle privée, et il résulte de mes conversa-

tions avec de nombreux médecins amis qu'il est absolument certain que cette affection est très rare dans la syphilis acquise. » (1).

En 1896, enfin, J. Heller (de Berlin) confirme l'opinion de ses devanciers : « Dans les cinq dernières années j'ai eu occasion de voir, tant à la clinique de la Charité (de Berlin) que dans la clientèle privée de mon maître Lewin et dans la mienne, 8 à 9000 cas de syphilis constitutionnelle ; dans cet imposant matériel clinique je ne trouvai que deux cas de dactylite syphilitique. » (2).

Nous nous associons aux déclarations de ces auteurs qui ne sont d'ailleurs que la constatation d'un fait, l'expression d'une évidence. Malgré les influences nuisibles de toutes sortes, mécaniques, chimiques ou physiques, auxquelles sont fréquemment exposés la main et le pied, la dactylite syphilitique est une affection rare.

Nous constatons simplement ce fait dont la cause nous échappe ; nous sommes aussi impuissant à expliquer cette rareté qu'à donner une raison satisfaisante de la fréquence avec laquelle le tibia est frappé, ou qu'à dire pourquoi les périostites précoces siègent si souvent sur le crâne, et en particulier sur le frontal.

---

1. *Lancet*, London, 1886, t. I, p. 574, 23 avril. Voir la traduction dans les Documents.

2. *Dermat. Zeitschrift*, 1896, t. III, cahiers 5-6, p. 537-544.

Statistique.

En 1877 Lewin publia dans les *Charité-Annalen* une monographie de la dactylite syphilitique dans laquelle il citait, outre 6 observations personnelles, tous les cas qu'il avait pu rassembler, au nombre de 27 dit-il, et pourtant nous n'en trouvons que 26 ; en tout 32 cas. Nous croyons devoir retrancher de ces cas celui de Parrot (1872) (1), qui nous semble douteux, et dont au surplus Beauregard ne parle ni dans sa thèse (1875), ni dans le travail sur la dactylite syphilitique des enfants qu'il publia dans les *Annales de Gynécologie* (1875).

Restent 31 cas. Nous laissons de côté les cas de Plenck et Baumès, vu l'extrême brièveté de ces observations qui les rend contestables ; nous conserverons, malgré ce même défaut, les 3 cas d'Erlach, cités par Lewin, mais dont Taylor n'avait pas parlé bien qu'il les eût certainement connus, puisque Lücke les cita à côté de ses observations personnelles dans la *Berliner Klinik Wochenschrift* (1867, nos 50 et 51).

Mais nous devons ajouter à ces 31 cas (1) : 1 cas de Van Ordt (1859), 1 cas de Guyot (1868), le deuxième cas dont Nélaton (1860) parle à propos de celui cité, 2 cas cités dans la thèse de Beauregard (1875), enfin 2 cas de Scarenzio (1873) et celui de Taylor (1871), soit en tout 39 cas à la fin de 1877.

---

1. Nous n'avons pu nous procurer certaines observations américaines dont il est fait mention dans l'Historique.

Haller (de Berlin), publiant 2 observations (1896), dit qu'il n'a trouvé dans la littérature que 9 cas mentionnés depuis le travail de Lewin : à savoir, Eschle, 4 cas ; Koch, 2 ; Mracek, Lowndes, Colcott, Fox (1892), 1 chacun.

Nous sommes en mesure de rectifier ce chiffre et d'affirmer que dans cette période 20 cas *au moins*, et non 9, furent publiés, à savoir, outre les cas cités par Heller : 2 cas en France par Berne (Th., Paris, 1884) ; 2 cas en Italie par Palizzari et Taffani ; 1 cas par chacun des auteurs suivants : Fox (1882-1883), Sturgis, Bronson, Hall Lucy et Olmstead aux Etats-Unis ; Von Kahlden et Kollmann en Allemagne. Encore trouverait-on probablement d'autres cas dans les travaux publiés par Deakin (1878), Porter (1882), Pacher Vittorio (1883), Trapeznikoff (1892), que nous n'avons pu nous procurer.

Depuis 1896 inclusivement, nous avons trouvé 8 observations, sans compter celle ou celles qui peuvent être contenues dans le travail d'Ohmann-Dumesnil (1898, v. la Bibliogr.). Ce qui donne au total *soixante-sept* cas de dactylite syphilitique, et encore ce chiffre est-il au-dessous de la vérité (1).

Sexe. — Pour les enfants le sexe est indifférent. Nous classerons donc les cas en trois catégories : hommes, femmes et enfants.

---

1. Le chiffre exact est certainement plus élevé ; il manque certainement, outre les réserves faites, plusieurs observations publiées en Amérique entre 1872 et 1877 (Voir l'Historique).

Dans les 31 cas de Lewin (1), 15 se rapportaient à des adultes (10 hommes et 5 femmes) et 16 à des enfants.

Notre enquête a porté sur 30 autres cas et nous avons trouvé :

11 hommes : Van Ordt, Gaucher et Louste, 2e cas Nélaton, Scarenzio, Beauregard, Guyot, Sturgis, Fox G.-H., Koch, Taylor, 2 fois Mracek.

11 femmes : Gaucher et Sabatié, Berne, Lowndes, Scarenzio, Beauregard, Eschle, Heller, Koch, Hall, Von Kahlden, Grosjean.

8 enfants : Gaucher et Barbe, Berne, Eschle, Bronson, Heller, Sherwell, 2 fois Palizzari et Taffani.

Soit pour 62 cas : 22 hommes, 16 femmes, 24 enfants.

Nombre et siège des lésions. — Voici 34 cas d'adultes :

Lewin, 1er cas : un index.

Lewin, 2e cas : 2 doigts.

Lewin, 3e cas : 4 doigts à chaque main.

Williams : 2 doigts.

Nélaton, 1er cas : un médius.

Nélaton, 2e cas : un médius.

Lücke, 1er cas : 1 doigt et 3 orteils.

Lücke, 2e cas : 2 orteils.

Erlach : 4 doigts.

Risel : 7 doigts, 1 métacarpien et 1 orteil.

---

1. Le 32e cas est douteux (cas de Parrot) ; nous l'avons négligé à dessein.

Bergh : un médius.

Heyfelder : 3 doigts et 2 orteils.

Galassi : un médius.

Van Ordt : un petit doigt.

Gaucher et Louste : tous les doigts d'une main.

Gaucher et Sabatié : un index.

Guyot : un 1er métatarsien.

Fox G.-H. : un médius et 3 métacarpiens.

Taylor : un orteil.

Heller : deux doigts.

Koch : un pouce.

Mracek : un index.

Mracek, autre cas : 2 pouces, 2 index, un 2e métacarpien, 1er, 2e et 5e orteils.

Grosjean : un 2e métacarpien.

Berne : 1 doigt, 1 métacarpien, 1 orteil.

Berne, autre cas : 1er métatarsien.

Lowndes : trois doigts à chaque main.

Scarenzio : un index.

Scarenzio, autre cas : un médius.

Beauregard : 2 orteils.

Beauregard, autre cas : 2 doigts et 2 métacarpiens.

Mac Cready : 2 doigts et 1 métacarpien.

Eschle : un index.

Kollmann : un index.

Voici maintenant 24 cas relatifs à des enfants :

Lewin, 1er cas : 4e métacarpien droit et pouce gauche.

Lewin, 2e cas : index et petit doigt.

Lewin, 3e cas : médius.

Taylor, 1er cas : médius et un métatarsien.

Taylor, 2e cas : 2 index et 1 annulaire.

Taylor, 3e cas : index et médius.

Taylor, 4e cas : index et 2e métacarpien.

Taylor (Dessauer), 5e cas : 2 index et 1 annulaire.

Busey : médius.

Archambault : dernières phalanges de plusieurs doigts.

Bulkley : pouce, index gauche, 2e métacarpien droit.

Bulkley, autre cas : pouce.

Smith : index, médius et annulaire.

Smith : index, médius, 3e orteil.

Keyes : lésions diverses des mains et des pieds.

Bæumler : 5e métacarpien et un métatarsien.

Eschle : 2 index, médius, pouce, petit doigt.

Sherwell : les 3e et 4e doigts des 2 mains.

Taffani et Palizzari : pouce.

Taffani et Palizzari, autre cas : 1er métatarsien.

Bronson : médius, annulaire et gros orteil.

Heller : annulaire.

Berne : index, 2e orteil, 3e métacarpien.

Gaucher et Barbe : index.

Analysons maintenant ces tableaux :

Adultes. — Sur les 34 cas, dans 13 cas un seul doigt fut frappé (6 index, 5 médius, 1 pouce, 1 petit doigt) ; dans 1 cas un seul orteil ; dans 2 cas un seul métatarsien ; dans 1 cas un seul métacarpien.

Dans les 17 autres cas il y eut association de doigts,

métacarpiens, orteils, métatarsiens : Dans le cas de Gaucher et Louste tous les doigts d'une main ; dans le 3e cas de Lewin tous les doigts des deux mains sauf les petits doigts ; dans le cas de Heyfelder trois doigts et deux orteils ; dans un cas de Berne, un doigt, un métacarpien et un orteil ; dans un cas de Beauregard, deux doigts et deux métacarpiens, etc...

Dans les cas d'Erlach (4 doigts) et de Williams (2 doigts) les doigts n'étaient pas désignés.

Dans les 32 autres cas étaient pris respectivement:

Doigts : 9 pouces, 19 index, 16 médius, 6 annulaires, 6 petits doigts ;

Métacarpiens : 1 premier, 3 deuxièmes, 3 troisièmes, 0 quatrième, 1 cinquième ;

Orteils : 6 gros, 8 deuxièmes, 1 troisième, 0 quatrième , 1 cinquième ;

Métatarsiens : 2 premiers, aucun des autres.

Enfants. — La statistique porte sur 24 cas ; 6 fois un seul doigt fut atteint (2 médius, 2 pouces, 1 index, 1 annulaire) ; 1 fois un seul métatarsien ; dans es 17 autres cas plusieurs organes étaient affectés : Dans le 1er cas de Lewin, le 4e métacarpien droit et le pouce gauche : dans un cas de Smith, index, médius et 3e orteil ; dans un cas de Taylor, médius et un métatarsien ; dans le cas de Taylor (Dessauer, index et 2e métacarpien ; cas Bäumler, 5e métacarpien et un métatarsien ; un cas Berne, index, 3e métacarpien et 2e orteil.

Deux fois les organes atteints ne furent pas spécifiés : Archambault parle des dernières phalanges

d'une main, Heyfelder d'affections diverses des mains et des pieds.

Dans les 22 autres cas furent frappés :

Doigts : 5 pouces, 14 index, 10 médius, 7 annulaires, 2 petits doigts ;

Métacarpiens : 0 premier, 2 deuxièmes, 2 troisièmes, 1 quatrième, 1 cinquième ;

Orteils : 1 gros, 1 deuxième, aucun des autres ;

Métatarsiens : 1 premier, 2 autres non désignés (*Taylor et Bäumler*).

Adultes et enfants pris ensemble. — Sur 58 cas, 24 fois un seul organe, 34 fois plusieurs furent frappés.

Dans les 54 cas où les organes atteints furent désignés, on trouve :

Doigts : 14 pouces, 32 index, 26 médius, 13 annulaires, 8 petits doigts ;

Métacarpiens : 1 premier, 5 deuxièmes, 5 troisièmes, 1 quatrième, 2 cinquièmes ;

Orteils : 7 gros, 9 deuxièmes, 1 troisième, 0 quatrième, 1 cinquième ;

Métatarsiens : 3 premiers, 2 autres non désignés.

En ajoutant à ces 54 cas les 2 cas d'Erlach (4 doigts) et Williams (2 doigts), on trouve que *dans 56 cas furent affectés 100 doigts, 14 métacarpiens, 18 orteils et 5 métatarsiens.*

Des doigts le plus souvent pris fut l'index (33 fois), suivi de près par le médius (26 fois) ; à eux deux ces doigts furent pris 59 fois sur 94.

Les *métacarpiens* (14 fois) et les *orteils* (18 fois)

viennent loin après les doigts ; les métacarpiens le plus souvent pris, deuxièmes et troisièmes, correspondent aux doigts les plus souvent atteints, index et médius ; les orteils affectés furent 16 fois sur 18, le premier ou le deuxième.

Les *métatarsiens*, enfin, ne sont que très rarement atteints (5 fois) ; dans les 3 cas où ils étaient désignés il s'agissait du 1er métatarsien.

Toutes les *phalanges* peuvent être prises ensemble ou séparément, mais c'est la première qui est le plus souvent affectée.

Enfin la tuméfaction porte habituellement sur les faces latérales et surtout sur la *face dorsale* du doigt.

Les deux mains peuvent être prises, ainsi que les deux pieds et la maladie ne semble pas avoir une préférence marquée pour un côté. Dans le cas d'Eschle (enfant) les deux mains étaient affectées ; dans le cas de Risel, les deux mains et un pied ; dans le cas de Lowndes les deux mains.

Syphilis acquise.

Age du sujet. — 28, 36 et 45 ans (Lewin), 44 ans (Taylor), 50 et 54 ans (Lücke), 50 et environ 40 ans (Nélaton), 17, 19 et 48 ans (Erlach), 44 ans (Bergh), 27 ans (Galassi), 27 ans (Heyfelder), 24 ans (Fox), 30 et 33 ans (Mracek), 49 ans (Heller), 44 et 24 ans (Koch), 26 ans (Hall), 50 ans (Von Kahlden), 30 ans

(Grosjean), 27 ans (Gaucher et Sabatié), 65 ans (Van Ordt), 35 ans (Lowndes), 45 et 22 ans (Scarenzio), 28 et 41 ans (Beauregard), 43 ans (Max Cready), 30 ans (Guyot), 32 ans (Gaucher et Louste).

Age de la syphilis. — Voici les résultats pour un certain nombre de cas où cet âge a pu être connu d'une façon exacte ou approximative :

15 jours après le chancre, 56e jour après le coït (Guyot).

7 mois (Scarenzio).

1-2 ans (Beauregard, Lewin).

28 mois (Taylor).

2-5 ans (Lewin).

3-4 ans (Fox G.-H.).

9 ans (Bergh, Mac Cready).

10 ans (Lowndes).

13 ans (Ruggiero, Galassi, Scarenzio).

18 ans (Beauregard).

23 ans (Koch, Karl).

29 ans (Van Ordt).

La dactylite syphilitique, dans la syphilis acquise, est donc quelquefois précoce et même très précoce ; mais le plus souvent elle est tardive.

Syphilis héréditaire. — Dans la syphilis héréditaire cette lésion peut survenir à toutes les périodes de la vie ; mais elle a une préférence marquée pour l'enfance, spécialement pour la première année. Contre 24 enfants nous ne trouvons que 4 cas d'adultes se rapportant à un homme de trente-deux ans

(Gaucher et Louste) et à 3 femmes âgées de trente ans (Berne) et vingt-deux ans (Risel) et trente-deux ans (Eschle) lorsque débuta le mal. Encore, dans l'observation d'Eschle, l'hérédité n'était-elle pas certaine mais fortement présumable (1). Dans les enfants nous avons compris le garçon de treize ans de l'observation de Berne. Les autres n'étaient âgés que de quelques années, de quelques mois, voire de quelques semaines seulement (2).

En résumé on voit que dans la syphilis héréditaire la dactylite syphilitique se rencontre dans la plupart des cas chez de très jeunes enfants.

Influence de l'hérédité sur la localisation. — Deux cas rapportés par Eschle offrent une particularité remarquable. Il s'agit d'hérédosyphilis, présumée chez une femme de trente-deux ans, certaine chez sa fille. L'interrogatoire apprit en outre que la dernière phalange de l'index droit manquait chez la mère de cette femme qui l'aurait perdue consécutivement à une affection locale de longue durée. C'est jusqu'à présent le seul cas, croyons-nous, où l'hérédité semble avoir joué un rôle dans la localisation sur le doigt.

---

1. Voir ce cas aux Documents.
2. Voir le paragraphe Dactylite syphilitique des enfants.

Etiologie.

Interrogatoire. — Dans certains cas l'étiologie (1) est évidente, surtout pour les hommes qui sont en mesure de donner la date exacte à laquelle ils ont contracté leur chancre.

Dans d'autres cas il est impossible d'être fixé sur ce point, tantôt parce que l'accident est passé inaperçu ou méconnu, tantôt parce que, pour une raison quelconque, le malade cherche à tromper le médecin. Ces circonstances se présentent assez fréquemment, principalement chez les femmes.

Examen. — Mais que la syphilis soit avouée ou niée, on a une donnée étiologique beaucoup plus certaine lorsque la dactylite syphilitique est accompagnée d'autres accidents spécifiques ou a été précédée d'autres manifestations diagnostiquées par des médecins ou ayant laissé des traces qui permettent d'affirmer l'infection syphilitique.

Recherche de l'hérédité. — Outre les antécédents personnels et l'examen du sujet, il ne faut jamais, si on soupçonne l'hérédité spécifique, négliger de s'enquérir des antécédents familiaux et même, si cela est possible, d'examiner les père, mère, frères et sœurs de l'enfant.

Efficacité du traitement spécifique. — C'est un

1. Voir le chapitre Diagnostic.

élément infaillible qui permettra d'affirmer un diagnostic jusque-là hésitant ou de rectifier un diagnostic erroné.

Au chapitre Diagnostic nous développerons la recherche méthodique des données étiologiques.

Marche de la maladie. — C'est une des caractéristiques de la lésion. Nous renvoyons donc le lecteur au chapitre Evolution.

CHAPITRE V

Symptomatologie

Classification des dactylites syphilitiques. — Nous étudierons dans un chapitre spécial la dactylite syphilitique des enfants parce qu'elle est relativement fréquente et aussi parce que, comme la plupart des affections communes aux adultes et aux enfants, elle se présente chez ces derniers avec des caractères particuliers.

Taylor avait divisé les dactylites syphilitiques en deux catégories : les *dactylites superficielles*, dans lesquelles le processus débute par les parties molles ; les *dactylites profondes*, dans lesquelles au contraire le processus part du squelette du doigt.

Nous avons jugé inutile de pousser plus loin la division des dactylites superficielles ; mais nous

avons donné un exemple de chacune des formes, diffuse et circonscrite, que peut prendre l'affection.

Dans les dactylites profondes, au contraire, il importe de faire une distinction importante.

Dans les os comme le tibia il est possible de distinguer une ostéo-périostite gommeuse et une ostéomyélite gommeuse ; ici, étant donnée la petitesse des phalanges, il est impossible de faire cette distinction, sauf peut-être dans des circonstances exceptionnelles. Mais, outre la périostite gommeuse, il y a une périostite non gommeuse, secondaire ou tertiaire.

Nous diviserons donc les dactylites profondes en deux classes.

En outre nous avons consacré un paragraphe aux manifestations articulaires qui frappent les jointures unissant les phalanges entre elles ou aux métarcarpiens et métatarsiens.

En résumé notre chapitre Symptomatologie comprendra cinq paragraphes :

1° *Dactylite superficielle*,
2° *Ostéite gommeuse*,
3° *Périostite syphilitique*,
4° *Manifestations articulaires*,
5° *Dactylite syphilitique des enfants*.

A. — Dactylite syphilitique superficielle

La dactylite syphilitique superficielle se subdivise en forme diffuse et forme circonscrite.

Dans la *forme diffuse* les néoformations pathologiques constituent une nappe d'étendue variable pouvant atteindre une ou plusieurs phalanges ou même plusieurs doigts, et se substituant, en quelque sorte, aux tissus qu'elle envahit.

Dans la *forme circonscrite*, au contraire, on trouve au début une ou plusieurs masses isolées, véritables petites tumeurs situées à des profondeurs variables dans les tissus mous, et d'où le processus pourra s'étendre dans tous les sens, en superficie et en profondeur.

Forme diffuse. — Le cas de Taylor, très bien observé et très clairement décrit, offre un exemple typique de la variété diffuse :

Cas I. — *Dactylite superficielle gommeuse diffuse du deuxième orteil ; arthrite secondaire de l'articulation phalango-phalanginienne* (*Taylor, 1871*) (1).

L. A..., marchand ambulant, quarante-quatre ans ; vient consulter le Dr Taylor au dispensaire de New-York au mois d'octobre 1869. Il présentait les antécédents syphilitiques suivants : chancre induré en juillet 1867 ; un mois après, syphilides papuleuses, éruption pustuleuse du cuir chevelu, plaques muqueuses buccales, douleurs rhumatoïdes. Vers la fin de 1867, iritis. En 1868 et 1869 ulcérations pustulo-crustacées sur diverses parties du corps, suivies de cicatrices caractéristiques. En 1869 tumeurs gommeuses considérables sur le cuir chevelu

1. Voir la Bibliographie.

et au-devant des tibias, suivies d'ulcérations très rebelles au traitement.

Lors du premier examen (octobre 1869), Taylor constata l'existence d'une syphilide tuberculeuse non ulcérée siégeant au front ; amaigrissement et perte de forces.

Traitement. — Bi-iodure de mercure et iodure de potassium, citrate de fer et quinine. Il y eut de l'amélioration et la syphilide frontale guérit en laissant une cicatrice.

Le malade ne présenta aucun autre accident jusqu'au commencement de 1870. C'est alors que débuta l'accident du pied pour lequel il vint consulter Taylor au mois de février. Il y avait déjà un mois que le deuxième orteil augmentait graduellement de volume et gênait la marche. On constata que l'orteil malade était considérablement gonflé, de telle sorte que, devenu trop gros pour occuper la place normale, il chevauchait sur les deux orteils voisins.

Il présentait une circonférence de 3 pouces, l'orteil correspondant du côté opposé ne mesurant que 1 pouce 1/4. La tuméfaction régulière et symétrique occupait toute la longueur de l'orteil, et la peau, tendue, lisse, légèrement violacée, ayant perdu ses plis articulaires, était séparée de la peau du pied par un sillon circulaire situé à la racine de l'organe. Les faces latérales de l'organe étaient aplaties, et la face dorsale arrondie étant plus large que la face plantaire, l'orteil affectait la forme d'un coin. L'ongle paraissait parfaitement sain ainsi que sa matrice, et on pouvait le comprimer fortement sans provoquer aucune douleur. Au palper, l'orteil présentait une consistance ferme et élastique, le doigt ne laissant pas d'empreinte.

Il n'y avait pas d'élévation de température, ni à l'application

de la main; ni au thermomètre. A un examen attentif il était manifeste que le dépôt morbide qui distendait les téguments prédominait aux faces dorsale et latérales de l'organe. La crépitation cherchée avec soin faisait défaut à cette époque. La mobilité des articulations phalangiennes était presque abolie par suite de l'épaississement des tissus périarticulaires, mais l'articulation métatarso-phalangienne permettait des mouvements passifs assez étendus, surtout lorsqu'on prenait la précaution d'éloigner de chaque côté les orteils voisins. Le produit infiltré dans les tissus était tellement abondant qu'il était impossible de reconnaître l'état des parties osseuses. Il semblait toutefois que les tissus articulaires et les première et deuxième phalanges (la première surtout) étaient considérablement tuméfiées. L'orteil était indolore et tout à fait insensible à la pression dans tous les sens comme aux mouvements passifs. La longueur était normale.

Taylor, ayant présents à l'esprit les cas analogues qui ont été rapportés et connaissant les antécédents du malade, diagnostiqua une dactylite syphilitique et prescrivit de reprendre le traitement déjà institué auparavant, en usant des précautions nécessaires pour éviter toute irritation locale.

Voici quelle fut la marche ultérieure de la maladie :

Jusqu'au mois de juin, état stationnaire ; on remarqua alors que la tuméfaction avait diminué. Au mois d'avril on avait remarqué une légère crépitation. La peau était moins distendue, quoique d'une teinte un peu violacée. Les plis articulaires de la peau reparurent peu à peu, et les mouvements augmentèrent d'étendue. La douleur faisait toujours défaut. Au mois de juillet l'infiltration ayant commencé à disparaître, on put examiner l'état des parties profondes : la deuxième phalange

était un peu tuméfiée, mais la première et sa jointure intermédiaire étaient toujours très gonflées, et la crépitation articulaire était facile à produire. Pendant le mois de janvier le malade prit seulement de l'iodure de potassium à la dose journalière de 75 centigrammes.

Les parties superficielles continuèrent à se développer peu à peu, plus rapidement que les parties profondes. La crépitation continua à être perçue dans l'articulation phalango-phalangienne.

En ce moment (décembre 1870), la peau recouvrant l'orteil paraît saine ; la tuméfaction des parties profondes est également en voie de disparition, mais elle occupe la première phalange à son articulation antérieure ; la crépitation est bien moins accentuée. Les mouvements articulaires sont devenus faciles et la marche n'est plus gênée. Mais l'orteil malade s'est incurvé dans le sens de la flexion, de manière à présenter une saillie convexe au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne. Cette difformité s'efface dès qu'on relève le bout de l'orteil, mais la flexion reparaît dès qu'on cesse de pratiquer l'extension passive et qu'on livre l'orteil à l'action prédominante des fléchisseurs. Il existe également un état de relâchement des ligaments qui devient manifeste par de légères tractions dans le sens de la longueur de l'orteil. Celui-ci alors s'allonge un peu, et on constate dans l'articulation malade quelques mouvements de latéralité.

Depuis peu de temps, l'ongle a présenté un sillon transversal, phénomène analogue à celui qu'on remarque quelquefois après les affections adynamiques.

L'état général du malade s'est beaucoup amélioré et il n'a présenté aucune nouvelle manifestation de la diathèse syphilitique.

Analysant cette observation on trouve comme symptômes :

Siège. — Les 3 phalanges ont été prises, mais la 1re fut la plus affectée ; la *face dorsale* (surtout) et les faces latérales seulement furent infiltrées par le produit morbide et c'est ce qui arrive le plus souvent.

Les cas où l'affection siège du côté palmaire sont rares.

Aspect du doigt. — Le doigt est tuméfié par suite de la production d'un infiltrat morbide plus ou moins abondant. Son aspect varie suivant les cas ; si la 1re phalange seule est prise, cas fréquent, il est fusiforme ou globuleux ; quant au contraire la 3e phalange seule est affectée, l'extrémité du doigt est comparable à une spatule, une massue, une baguette de tambour (voir le cas d'Eschle, femme). (1)

Phénomènes cutanés. — Par suite de cette tuméfaction la peau est lisse, tendue, les rides et les plis articulaires ont disparu ; à la base, un sillon sépare la racine de l'orteil de la face dorsale du pied ; quand la tuméfaction diminuera, les rides et plis réapparaîtront. Le changement de coloration dépend de l'intensité du processus ; ordinairement légèrement violacée ou livide, elle peut devenir rouge si l'évolution se fait d'une façon aiguë.

Ongle. — Ne participe pas au processus, même quand la 3e phalange est prise, comme dans le cas présent. Mais après quelque temps on observe une

1. Adultes, cas XX.

rainure transversale correspondant au début de l'affection locale. Le même fait se produit dans les infections générales graves, comme la fièvre typhoïde ; mais ici il est causé simplement par la dystrophie locale.

Consistance. — Ferme et élastique, cas général ; diminue dans la suite si à la phase de crudité de la gomme succède celle de ramollissement.

Douleur. — Cette affection est remarquablement indolore en général comme dans notre cas. Pourtant les nerfs peuvent être irrités et donner lieu à des phénomènes douloureux.

Température. — Normale, comme dans les autres affections chroniques.

Etat des parties osseuses. — Au début impossible à déterminer par suite de l'infiltration des parties molles ; à la fin on put explorer les phalanges osseuses et démontrer leur participation secondaire au processus.

Etat des articulations. — Rien au début ; plus tard l'articulation phalango-phalangienne présenta des altérations des surfaces articulaires et des ligaments (voir le paragraphe spécial consacré aux lésions articulaires).

Intensité du processus. — Variable ; ici maxima dans la 1re phalange.

Evolution et terminaison. — Voir les chapitres spéciaux. Ici l'évolution fut chronique (cas général) et les lésions articulaires aboutirent au relâchement des ligaments, d'où possibilité d'allonger l'orteil et de

lui imprimer des mouvements de latéralité : l'orteil présentait en outre une incurvation dans le sens de la flexion.

Etiologie, autres manifestations spécifiques, âge de la syphilis. — L'étiologie est ici évidente : chancre induré en juillet 1869 ; manifestations secondaires et tertiaires diverses (cutanées, muqueuses, iritis). Le malade ayant déjà eu des gommes, cuir chevelu et région prétibiale) il s'agissait ici d'une dactylite gommeuse qui débuta vingt-huit mois seulement après le chancre. Il est de règle que la dactylite syphilitique soit précédée ou accompagnée d'accidents spécifiques divers.

Forme circonscrite. — Nous donnerons comme exemple l'observation suivante, où les os furent affectés secondairement ; voir aussi l'observation d'Eschle (1) dans les documents.

Cas II.— *Observation 21 de la thèse Beauregard (Paris, 1875), intitulée : Cas inédit de dactylite syphilitique (hôpital Saint-Louis), observé dans le service de M. Laillier (recueillie par M. Moutard-Martin, interne du service).*

Pierre S..., cordonnier, âgé de quarante et un ans, à Paris, entre le 6 janvier 1874 à l'hôpital, lit 34, salle Saint-Mathieu.

Il n'a eu aucune maladie jusqu'en 1855, époque à laquelle, partant en Crimée, il prit un chancre induré et une blennorragie à Marseille, après la traversée, il fut soigné pendant trois

1. Adultes, cas XX.

mois à Constantinople pour des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus. A ce moment là, chute des cheveux.

En 1860, adénite inguinale suppurée (sans qu'à ce moment le malade eût de gonorrhée ou de chancre mou). Puis la même année, ulcération au niveau du fourreau de la verge et au prépuce (face inférieure du pénis). En même temps des abcès se sont formés aux bourses et ont été drainés par M. Chassaignac (séjour de quatre mois). Il y a six ans il fut opéré de fistule à l'anus par M. Trélat à Saint-Louis. Pleurésie pendant le siège, pas de signes de tuberculose.

Etat actuel. — Cicatrice de l'accident primitif peu nette à la face interne du prépuce (partie supérieure) et à la face dorsale du gland. Cicatrice à l'aine droite, au fourreau de la verge, hypospadias pathologique jusqu'à l'insertion du prépuce ; testicule droit détruit, fondu, disparu, testicule gauche atrophié.

Il y a dix-huit mois, apparition sur la face dorsale de la 1re phalange du petit doigt d'une sorte de *tubercule* qui a suppuré et a été incisé. A la 1re phalange du petit doigt et au niveau de la tête du métacarpien, on voit aujourd'hui une série de croûtes plus ou moins larges surtout épaisses, reposant sur une base épaissie, et sous lesquelles on trouve une surface excoriée, lorsqu'on les a enlevées. Les croûtes enlevées, la surface est nettement papillomateuse.

En même temps, à la base de la 1re phalange du médius, on trouve un petit orifice par lequel se fait, au dire du malade, un écoulement assez abondant de pus jaunâtre, tantôt épais, tantôt séreux. Un stylet, introduit par ce petit orifice à bord net, se dirige par l'espace interdigital vers la face palmaire sans rencontrer de surface osseuse dénudée. La tête du 3e métacarpien est également très augmentée de volume.

La 1re phalange du médius est considérablement augmentée de volume, en fuseau, ainsi que la tête de la 2e phalange. A la face palmaire de la 1re phalange on observe une induration arrondie, résistante, non fluctuante. La première en ce point ne fait rien sortir par l'orifice dont nous parlions.

Cet homme petit, maigre, a une apparence anémique, presque cachectique. Il n'a presque pas de barbe sur les joues et il dit n'en avoir jamais eu plus. Sa voix ne présente rien qui frappe dans son timbre.

Iodure de potassium. Pulvérisation.

13 janvier. — Au niveau de l'articulation de la 1re et de la 2e phalanges un point se ramollit vers le bord externe (du côté de l'index) et donne une fluctuation douteuse au niveau de cette articulation.

17 janvier. — Hier il s'est donné un coup à la base de la 1re phalange. Le point frappé se ramollit aujourd'hui et est nettement fluctuant. Il y a un foyer à la partie latérale de la 1re phalange (du côté de l'index) nettement fluctuant, suppression des douleurs. Peau rouge et chaude.

18 janvier. — Appareil de bandelettes de diachylon recouvertes de collodion.

19 janvier. — Le point au niveau de la 1re phalange s'est ouvert par un orifice ulcéré. On ôte l'appareil ; un stylet introduit par cet orifice se dirige vers la face palmaire. A la face palmaire, l'induration est moins forte et la tension également moindre.

20 janvier. — Une ouverture spontanée a également de la tendance à se faire au niveau de l'articulation des 1re et 2e phalanges.

21 janvier. — La seconde ouverture fistuleuse s'est faite.

23 janvier. — Le doigt paraît aplati à sa face dorsale ; la face palmaire, par comparaison avec la face dorsale affaissée, semble augmentée de volume. Pulvérisation.

25 janvier. — Les deux ulcérations communiquent ensemble par un trajet fistuleux sous-cutané. Exploration par le stylet. L'ulcération supérieure communique encore avec un cul-de-sac situé dans une gomme du tissu cellulaire de la face palmaire du doigt.

9 février. — La tumeur de la face dorsale du doigt est complètement affaissée ; à la face palmaire il y a une diminution sensible. Le trajet fistuleux persiste toujours au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Un stylet introduit ne rencontre aucun os dénudé. Le stylet est bridé par des tractus fibreux.

12 février. — A la face dorsale, les parties molles sont dégorgées, la peau paraît trop large. L'extrémité du métacarpien reste plus volumineuse.

Le 14, on prend la mesure au compas d'épaisseur du milieu et de la base de la phalange ; au lieu de 28 et 28 millimètres au début on trouve 24 et 23 millimètres.

Le 23, un stylet introduit passe au-dessous de la peau décollée, et entré par un des orifices des gommes ulcérées ressort par l'autre. Injection de teinture d'iode chaque matin.

Le 27, on a fait chaque jour une injection de teinture d'iode. Aujourd'hui elle n'a pas passé d'un orifice à l'autre. Peu de réaction locale.

Le 1er mars, l'orifice au niveau de l'extrémité antérieure de la 1re phalange est cicatrisé.

Le 5, l'orifice le plus rapproché de l'espace interdigital est en voie de cicatrisation. Les injections d'iode pénètrent très peu.

A la face palmaire il y a menace d'ouverture près de l'extrémité antérieure de la 1re phalange.

Du 9 au 15, application de bandelettes compressives de Vigo.

Le 21, application d'emplâtre de Vigo sur la surface papillaire du petit doigt et de la partie voisine du dos de la main.

Dans la variété diffuse, les néoplasies morbides constituaient une *nappe* plus ou moins étendue, affectant parfois plusieurs organes, et se substituant pour ainsi dire aux tissus envahis.

Dans la variété circonscrite au contraire, la lésion est beaucoup plus localisée au début ; elle consiste en *nodosités*, d'où le processus peut s'étendre dans toutes les directions, d'une part gagnant le périoste, l'os, et pénétrant jusqu'à la moelle osseuse, d'autre part arrivant à la peau, créant des ulcérations serpigineuses qui laisseront plus tard des cicatrices rouge-cuivré.

Cette réserve faite, tout ce que nous avons dit sur la forme diffuse est applicable à la forme circonscrite.

B. — Ostéite gommeuse

Nous verrons plus loin que *c'est la variété la plus fréquente chez les enfants.* Dans la forme ostéo-myélitique le processus débute dans les espaces médullaires ; l'os se gonfle rapidement et devient comme boursouflé ; l'enveloppe osseuse s'amincit de plus en plus, d'où possibilité de *rupture* et de

production de *fistules* donnant issue à la matière gommeuse contenue à l'intérieur et laissant après elles une *cicatrice cuivrée* (1).

Donnons comme exemple chez les adultes le cas de Bergh :

Cas III. — *Cas de Bergh (de Copenhague) : Ostéomyélite gommeuse (Spina Ventosa) du doigt.*

Un homme âgé de trente-cinq ans contracta la syphilis en 1854. Pendant les deux premières années il fut atteint de diverses lésions cutanées. Dans le cours des sept années suivantes il eut à diverses reprises des syphilides à caractères ulcéreux et serpigineux, pour lesquelles il prit du bichlorure de mercure. Dans le courant de la neuvième année, il avait alors quarante-quatre ans, il s'aperçut que la 1re phalange de son médius droit augmentait de volume ; mais le gonflement s'étendit à toute la longueur de ce premier segment de l'organe, ayant d'abord pour siège l'os de la phalange et plus tard l'os et les parties molles. Le doigt était sensible à la pression. Le gonflement augmenta rapidement pendant les semaines suivantes. Bientôt survint une hydarthrose de la première articulation phalangienne ; de plus sur

---

1. Nous avons donné une fois pour toutes la symptomatologie de la dactylite syphilitique en étudiant la dactylite superficielle. La plupart de ces symptômes sont communs aux différentes formes et nous avons jugé superflu de les répéter chaque fois ; nous avons seulement signalé les particularités propres à chaque variété de dactylite et indiqué les modifications à faire à la description susdite.

le côté radial du doigt malade apparut un point facilement dépressible et donnant lieu à une crépitation légère.

En septembre, la tumeur osseuse avait encore augmenté de volume ; mais elle diminua légèrement par la compression et des applications topiques. Pendant l'année suivante, le malade ne suivit pas de traitement actif ; vers la fin de cette année, la phalange était très volumineuse et présentait la forme d'un ballon, mesurant un peu moins de 5 pouces de circonférence, tandis que le doigt correspondant du côté opposé ne mesurait qu'un peu plus de 2 pouces ; il y avait aussi augmentation de longueur. Les téguments et les parties osseuses des deux dernières phalanges étaient à l'état normal ; mais l'articulation des deux premières phalanges était distendue par un épanchement considérable et les ligaments devinrent si lâches et si mous qu'on pouvait communiquer des mouvements dans tous les sens ; il n'y avait plus de mouvements volontaires ; les fonctions du doigt étaient abolies. Il n'y avait pas de crépitation ; l'articulation n'était que légèrement sensible à la pression. Le côté cérébral de la phalange paraissait à ce niveau relativement plus hypertrophié que le reste de l'os. Le doigt malade refoulait latéralement les doigts voisins et restait toujours par rapport à eux sur un plan un peu postérieur. Il n'y avait pas de lésion de l'articulation métacarpo-phalangienne. Sur la phalange malade la peau était saine mais tendue, elle se laissait déplacer sur l'os sous-jacent qu'on sentait augmenté de volume ; cependant le point situé sur le côté radial de l'os, et dont nous avons déjà parlé, devenait plus mou et plus dépressible ; il y avait toujours une crépitation légère, à peine de douleur, et les tissus déprimés revenaient graduellement en vertu de leur élasticité à leur premier volume.

La paroi osseuse s'amincit par degrés et une petite ouverture donna issue à un liquide clair et visqueux. Le stylet introduit dans la plaie conduisait dans une cavité sans rencontrer de portion d'os nécrosée et sans déterminer de la douleur. Le gonflement diminua graduellement, surtout du côté radial, et des incisions qui se fermèrent pour se rouvrir à différents intervalles donnèrent issue à du liquide visqueux contenant quelquefois des masses caséeuses.

En mars 1865 la circonférence de la phalange ne mesurait plus qu'un peu plus de 3 pouces, et sa longueur avait diminué d'un tiers de pouce environ. L'articulation était encore dans le même état. Un traitement actif consistant en des onctions fut alors institué, le malade prit de l'eau sulfureuse en quantité ; le doigt diminua rapidement de volume et le trajet fistuleux qui avait été rouvert à dessein se ferma définitivement. En juillet 1865 (le mal avait débuté en juillet 1863, la phalange considérablement diminuée mesurait moins de 3 pouces de circonférence, et n'avait plus qu'une longueur d'environ 4/3 de pouce tandis que son homologue du côté opposé était longue de près de 2 pouces. L'extrémité de ce doigt était un peu dépassée par celle de l'annulaire, et la distance comprise entre la partie inférieure de l'articulation moyenne et la base de l'espace interdigital était un peu moindre que celle du côté opposé. La phalange était étranglée à sa partie moyenne ; la face dorsale était légèrement déprimée, l'épiphyse un peu renflée, la peau y était ridée, sans adhérence à l'os sous-jacent, même au niveau de l'incision ; le périoste n'était pas douloureux. L'usage du doigt était à peu près complètement revenu. Depuis lors le malade n'a plus eu d'accident syphilitique.

Comme on le voit, l'*évolution* fut chronique, mais *rapide* à la période de gonflement du doigt, ce qui est le cas général ; chez les enfants, la tuméfaction osseuse se produit d'une façon encore plus aiguë, comme nous le verrons plus loin.

La *crépitation parcheminée* indiquait l'usure en ce point de la phalange par ostéite raréfiante ; à cette même place, le processus continuant produisit une *fistule* qui donna issue à la *matière gommeuse* dont la masse remplissait la coque osseuse.

La tuméfaction dont la forme varie avec les cas avait ici la forme d'un ballon.

L'articulation des 1re et 2e phalanges fut très distendue par une hydarthrose.

On voit que, malgré des phénomènes en apparence assez graves et de longue durée, l'affection se termina heureusement grâce au traitement spécifique.

*
* *

C. — Forme périostique

C'est la variété la plus fréquente chez les adultes. De même que dans les autres régions du squelette, les périostites des phalanges, des métacarpiens et des métatarsiens peuvent être secondaires ou tertiaires, tardives, précoces et même très précoces. L'observation (résumée) suivante est un exemple frappant de périostite secondaire précoce :

Cas IV. — *Périostite syphilitique, cinquante-six jours après le coït infectant et quinze jours après la roséole* (*Dr Guyot, 1869*) (1).

Le 8 juillet 1868, M. X..., âgé de trente ans, contracte un chancre infectant accompagné d'adénopathie inguinale spécifique. Vers le 18 août, apparition d'une roséole (traitement par le proto-iodure). Le 2 septembre, douleurs assez vives dans le pied droit. Le 30 septembre, on sentait à travers la peau une tuméfaction considérable du *premier métatarsien*. Les mouvements imprimés au gros orteil étaient *douloureux* et la pression du pied sur le sol impossible. Iodure de potassium. Le 8 octobre, diminution dans le volume de l'os et dans l'intensité des douleurs qui n'ont jamais augmenté la nuit. Le 15 octobre le malade, pour la première fois depuis six semaines, marche sans douleur.

Voici maintenant au contraire un exemple de syphilis héréditaire tardive d'un métatarsien :

Cas V. — *Observation 19, intitulée : Syphilis héréditaire. — Hyperostose du premier métatarsien* (*Berne, Thèse de Paris, 1884*).

S... Marie, trente ans, parfumeuse, entre le 8 décembre 1883, salle Henri IV, service du professeur Fournier.

---

1. Ch. Mauriac. *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*. Paris, 1890, p. 379.

Cette malade avait été traitée, au mois de février, pour des accidents de syphilis héréditaire tardive (gommes du tibia). On avait trouvé chez elle, comme éléments de diagnostic, une polyléthalité marquée dans sa famille par le décès de 3 enfants sur 5. Elle présentait des sillons transversaux et des éruptions cupuliformes des incisives supérieures et inférieures, une cicatrice de la région mastoïdienne droite, provenant d'un abcès survenu à l'âge de vingt-cinq ans, de petites cicatrices blanches multiples sur le dos, les épaules et la nuque, les fesses et les cuisses.

Actuellement, elle se plaint de douleurs dans le membre inférieur gauche, survenant surtout la nuit. Elancements subits tout le long de la jambe. Les points douloureux de la sciatique ne sont pas nettement provoqués. Gêne considérable pour la marche.

De plus, le gros métatarsien gauche présente une tuméfaction considérable légèrement rosée, très douloureuse au toucher et même spontanément, surtout la nuit.

La tête du métatarsien est doublée de volume, les mouvements de l'articulation métatarso-phalangienne sont douloureux. Ces phénomènes se sont produits il y a trois semaines, elle reprit de l'iodure de potassium, du sirop de fer, et fit des applications de teinture d'iode. Deux pilules Dupuytren, KI 2 grammes.

27 décembre. — Les douleurs le long du sciatique ont cessé. La dose d'iodure a été portée à 6 grammes que la malade prend en ce moment.

Le métatarsien gauche n'est pas plus volumineux que le droit. Il est encore un peu douloureux à la pression, toute douleur spontanée a disparu.

Les caractères généraux de l'affection sont ceux décrits au paragraphe de la forme superficielle. Voyons les caractères spéciaux à cette forme :

L'*augmentation de volume* est, ici, surtout d'*origine osseuse* et il est facile de le reconnaître au début, alors que les parties molles ne participent que faiblement au processus.

La *forme* de la tuméfaction osseuse n'est pas constante ; dans la forme diffuse on a un épaississement régulier, tantôt cylindrique, tantôt annulaire, tantôt fusiforme, tantôt globuleux ; dans la forme circonscrite on trouve des mamelons, des bosselures, des nodosités fixées, surajoutées à l'os, et non mobilisables avec les parties molles.

La *consistance* d'abord ferme va en augmentant de plus en plus ; cela tient à ce qu'il y a sous le périoste, au début un dépôt colloïde de cellules embryonnaires et à la fin du tissu osseux de nouvelle formation.

La *douleur* exceptionnelle dans les autres formes est ici assez fréquente. On a quelquefois des douleurs spontanées survenant la nuit surtout, plus souvent de la douleur à la pression.

Les périostites précoces surtout sont douloureuses, *et l'acuité de leur évolution* contraste avec l'insidiosité des lésions gommeuses qui sont le plus souvent remarquablement indolores. Ces périostites précoces sont résolutives et guérissent rapidement par le traitement, tandis que les périostites tertiaires, négligées parce que peu douloureuses, peuvent aboutir à des exostoses.

D. — Manifestations articulaires

On a pu voir en lisant les observations qu'il est assez fréquent de rencontrer dans la dactylite syphilitique des phénomènes articulaires siégeant dans les jointures qui unissent les phalanges entre elles ou aux métacarpiens et métatarsiens. Dans plusieurs cas il existait conjointement des manifestations articulaires siégeant dans d'autres régions : dans le 1er cas de Lücke, un genou et les articulations de la 4e vertèbre cervicale ; dans le 2e cas de Lücke, un genou et un poignet, etc...

Enfin on a rapporté des cas de dactylite syphilitique où les lésions articulaires constituaient à elles seules toute la maladie et nous en donnerons plus loin deux observations intéressantes.

Mais auparavant nous croyons devoir passer rapidement en revue les différents modes suivant lesquels se manifeste l'action de la syphilis sur les articulations. Cette action peut se traduire par :

1° Des *arthralgies*, contemporaines de la roséole, surtout nocturnes, non accompagnées de gonflement articulaire ;

2° Des *arthrites secondaires aiguës ou subaiguës*, simulant l'arthrite rhumastimale, à exacerbation nocturne, affectant ordinairement une, quelquefois plusieurs articulations en même temps que des bourses séreuses ou des gaines tendineuses ;

3° Des *hydarthroses secondaires*, pouvant être précoces, indolores ou peu douloureuses, à épanchement minime ou moyen, disparaissant rapidement sous le traitement, laissant quelquefois la synoviale plus ou moins épaissie ; elles sont susceptibles de récidiver et siègent fréquemment au genou ;

4° Des *arthropathies tertiaires* comprenant trois variétés :

a) *Fibreuse :* hydarthrose symptomatique secondaire à une gomme du périoste ou des tissus fibreux articulaires et parfois intermittente, la pression et les mouvements imprimés ne provoquent aucune douleur, cependant quelquefois évolution aiguë.

b) *Osseuse:* gomme épiphysaire, lésion possible du seul cartilage articulaire correspondant, *douleur non articulaire* siégeant sur l'épiphyse, mouvements possibles, pas d'empâtements des parties molles.

c) *Déformante :* Dans la syphilis héréditaire, caractérisée par le développement des surfaces articulaires, ostéophytes d'où craquements, mais pas de douleurs, pas d'arthrite ; chez les enfants arrêt de développement de l'os correspondant.

Il est à peine besoin d'ajouter que cette classification schématique, cette division en types bien tranchés ne répond pas à la réalité clinique ; ces différentes sortes de lésions peuvent se combiner, se mélanger, s'associer ou encore perdre leurs caractères habituels, et ainsi dérouter le diagnostic. Leurs caractères le plus constants sont : hydarthrose

à répétition, épaississements synoviaux, absences de douleur articulaire ; en tous cas l'influence rapide du traitement spécifique lèvera tous les doutes.

Nous allons maintenant citer deux observations de dactylite purement articulaires ; elles sont intéressantes à cause de leur dissemblance et aussi parce que ce sont, croyons-nous, les seuls cas rapportés jusqu'à présent.

Dactylite purement articulaire

Cas VI. — *De Sturgis* (*1882-1883*), *traduit* in extenso (1).

Le malade dont les doigts sont décrits dans la note ci-jointe est entré à l'hôpital de la Charité avec des accidents secondaires consistant en une éruption papuleuse. Outre les lésions cutanées il présentait une rupture de la 2e jointure du médius et de l'annulaire de la main gauche. Il déclare que cela était venu graduellement en plusieurs semaines sans être accompagné d'aucune douleur vive. A l'examen les articulations n'étaient pas douloureuses, même quand on y touchait sans ménagement. Il n'y avait aucun symptôme aigu d'inflammation. Au contre-examen le malade reconnut que de temps à autre les doigts lui faisaient mal la nuit, mais pas énormément. Les doigts malades étaient deux fois gros comme les doigts correspondants de la main droite, et l'enflure ne s'étendait qu'à un demi-pouce de la jointure des deux côtés. La flexion était impossible.

---

1. V. la Bibliographie.

J'ordonnai du mercure à l'intérieur et des applications locales d'onguent mercuriel ; après quatre semaines l'enflure avait complètement disparu, et les doigts pouvaient de nouveau se mouvoir.

Ce cas de dactylite syphilitique est intéressant en tant que manifestation syphilitique précoce, puisque les lésions cutanées n'avaient pas atteint le degré ulcératif, et qu'il n'y avait pas présence évidente d'infiltration gommeuse dans les autres parties du corps. Il s'était produit de la périostite des phalanges et des infiltrations articulaires analogues à certains points de vue aux infiltrations qui se manifestent dans la période tardive de la syphilis, sauf qu'il n'y avait aucune tendance à la nécrose.

L'absence de douleur et de rougeur, son évolution lente et sa résorption sous le traitement mercuriel, distinguent cette affection de la goutte et du rhumatisme et de ces jointures avec lesquels elle pourrait être confondue quand elle se manifeste en l'absence d'autres symptômes syphilitiques.

L'enchondrome des doigts présente d'autre part des caractères qui le distinguent de l'affection considérée : dureté pierreuse, forme mamelonnée, irrégulière, siège à la face palmaire, progrès lents et constants.

Il était notamment intéressant de remarquer l'effet radical produit par le traitement. L'enflure commença immédiatement à diminuer et finit par disparaître complètement, les mouvements normaux de la jointure se rétablissent, et cela met bien en relief l'efficacité du traitement mercuriel pour faire disparaître les infiltrations qui se manifestent dans la syphilis.

Cas VII. — *De Karl Koch* (*1890*), *traduit* in extenso.

B..., ouvrière, vingt-quatre ans, vint le 23 décembre 1884 à ma consultation. L'infection est niée. Elle dit avoir eu, il y a quelques semaines, une affection inflammatoire du cou. Impossible d'établir l'hérédité. La maladie débuta il y a six semaines dans la première articulation de l'index gauche : violentes douleurs. La jointure enfla considérablement, et les mouvements étaient très douloureux. L'affection fut d'abord considérée comme rhumatismale ; plus tard il semble que le médecin traitant ait pensé à la tuberculose, en raison de la mobilité anormale et des craquements qui furent alors constatés dans l'articulation en outre des premiers symptômes, tuméfaction et rougeur de la peau. Ce médecin conseilla une opération. Pour l'éviter, cette malade vint me trouver le 23 décembre 1884 et voici ce que je constatai à cette date :

Jeune fille vigoureuse, aucune lésion spécifique sur le corps ; aucune trace d'accidents antérieurs. L'examen génital ne fut pas permis. L'articulation métacarpo-phalangienne est considérablement enflée. Le gonflement était causé tant par un épanchement articulaire d'abondance moyenne qui parut séreux, que par une tuméfaction considérable des parties molles de la région articulaire, s'étendant sur les faces dorsale et latérales de la 1re phalange de l'index, et empiétant sur le dos de la main. Outre la tuméfaction œdémateuse, la peau montrait une coloration violacée, surtout vers l'articulation. Les mouvements articulaires étaient impossibles, on pourrait constater des mou-

1. Voir la Bibliographie.

vements anormaux très étendus, principalement des mouvements de latéralité ; en outre on pouvait sentir et entendre une crépitation articulaire très nette causée par des surfaces osseuses rugueuses frottant l'une sur l'autre. Les phalanges et le métacarpe étaient légèrement tuméfiés. Les mouvements provoqués de la pression étaient très douloureux.

En raison de l'absence d'anamnèse et des résultats négatifs donnés par le premier examen, je voulus, pour arriver au diagnostic, commencer par un traitement expectatif. J'appliquai d'abord un pansement humide et chaud à l'eau blanche et je fixai la main et le doigt malade à un appareil de soutien. Je continuai pendant quelques jours cette thérapeutique. N'ayant obtenu ainsi aucune amélioration, et la malade souffrant plus encore qu'avant de vives douleurs, particulièrement la nuit, j'ordonnai KI.

Dans la nuit qui suivit la première prise de KI, les douleurs furent supportables, et les jours suivants elles diminuèrent rapidement et disparurent complètement après un temps remarquablement court. Les manifestations locales aussi cédèrent très rapidement. La coloration violacée de la peau pâlit, la tuméfaction diminua de plus en plus ainsi que la mobilité anormale. Au bout de quatre semaines à peine, l'affection à caractères si aigus du doigt était guérie ; il est vrai que l'articulation était restée fortement ankylosée en extension. Je cherchai sans succès à remédier à cette ankylose. Le doigt était devenu notablement plus court que le doigt correspondant de l'autre main. Néanmoins la malade put exercer sans gêne sa profession de fileuse d'or. En août 1886 j'ai eu encore occasion de soigner cette femme pour une hydarthrose aiguë du genou, dont la nature syphilitique fut encore mise en évidence par le traitement.

Si on établit un parallèle entre ces deux observations on voit que dans le cas de Sturgis on avait une lésion double, ayant débuté insidieusement et évolué chroniquement en restant toujours presque indolore ; dans le cas de Koch : lésion unique, début brusque, coloration violacée de la peau, marche rapide, tuméfaction articulaire (hydarthrose) et périarticulaire, violentes douleurs spontanées et provoquées (par la pression et les mouvements passifs) (1).

Dans le premier cas, diagnostic facilité par la concomitance d'une éruption cutanée spécifique ; dans le deuxième cas, absence d'anamnèse, infection niée, résultat négatif de l'examen, impossibilité d'établir l'hérédité spécifique.

Dans les deux cas, guérison en quatre semaines, par le mercure dans le premier, par l'iodure de potassium dans le second. A noter l'extraordinaire rapidité de l'action de l'iodure dans le cas de Koch. Dans ce dernier cas le traitement seul put donner le diagnostic ; il fut établi une deuxième fois, rétrospectivement, lors de l'hydarthrose aiguë du genou dont fut affectée deux ans plus tard cette même malade.

Nous verrons au chapitre du diagnostic comment on distingue la dactylite syphilitique purement arti-

---

1. Il est probable que les violentes douleurs observées résultaient surtout de la forte tension intra-articulaire, la rapidité avec laquelle se produisit l'hydarthrose n'ayant pas permis à la synoviale de se distendre suffisamment.

culaire des affections telles que le rhumatisme, la tuberculose, etc..., qui peuvent présenter avec elle une ressemblance plus ou moins frappante.

E. — Dactylite syphilitique des enfants

Historique et Statistique. — De même que chez les adultes, pendant fort longtemps, la dactylite syphilitique fut méconnue chez les enfants, et confondue avec d'autres affections de ces organes, spécialement avec les lésions bacillaires.

Pourtant dès 1779 Plenck (1) dans un ouvrage sur les maladies vénériennes en rapporte une observation succincte, déjà citée par Rosenstein et Cel. Bloch. Il s'agit d'un hérédo-spécifique de six ans, épileptique depuis l'âge de trois ans, et présentant quatre spina ventosa de la main et du pied. Cette observation est citée au chapitre des « *Spasmes vénériens* » (p. 132), et l'épilepsie est nettement attribuée à la syphilis héréditaire ; l'auteur ne dit rien quant à la nature des spina ventosa mais il est probable qu'il les considère comme étant de même origine : au chapitre *Morbi veneri ossium*, en effet, l'auteur dit (p. 101) que les lésions spécifiques sont fréquentes chez les enfants nés de parents syphilitiques et que la syphilis semble frapper de préférence les os de la main et du pied.

---

1. Plenck, p. 132. V. la Bibliographie.

Mais cette observation passa inaperçue ou fut oubliée, et il faut arriver à 1840 pour trouver un autre cas. Baumès, parlant des différents enfants issus d'un père syphilitique, dit que l'aînée des filles « présenta toute jeune encore des maux de poitrine et d'estomac, puis le gonflement, l'engorgement de plusieurs phalanges des mains et des pieds ».

Cette observation eut le sort de la précédente, et Taylor, dans son mémoire de 1871, cite comme « unique » dans les *Annales de la Science médicale* le cas relaté par Archambault en 1869.

Malgré qu'on eût signalé déjà à cette époque des cas indéniables de périostites spécifiques secondaires précoces, l'auteur, encore imbu de la doctrine de l'évolution topo-chronologique de la syphilis, paraît surtout frappé par l'« interversion » de l'ordre des manifestations, les lésions osseuses ayant ici précédé les plaques muqueuses; le fait que la localisation siège sur le doigt ne lui suggère aucun commentaire, ni même une simple réflexion. Voici au surplus comment il s'exprime à ce sujet (1).

Cas I. — *Dactylite syphilitique par Archambault.*

... Quelquefois les symptômes sont singuliers ou tout au moins leur ordre est interverti. Chez un enfant j'ai observé une hypertrophie des dernières phalanges des doigts analogue au

1. *Union médicale*, 1869, n° 140, p. 787.

spina ventosa faux ; les os étaient gros. Ce symptôme, unique chez cet enfant, fut traité comme scrofuleux sans résultat ; au bout de quelque temps des plaques muqueuses survinrent à l'anus et à la bouche, et je donnai alors des préparations mercurielles ; les accidents secondaires guérirent ainsi que l'affection osseuse. Il semble en ce cas qu'une manifestation tertiaire ait débuté par une sorte d'intervention de la maladie. La mère avait eu la syphilis quatre ans auparavant ; elle avait des exostoses sur le tibia qui avaient été douloureuses pendant sa grossesse ; elle avait probablement communiqué la syphilis tertiaire.

Nous avons déjà vu au chapitre Définition ce qu'il fallait penser de cette prétendue « interversion » ; on est en droit de penser qu'ici on avait affaire à une syphilis secondaire qui se traduisit d'abord par une périostite des phalanges, puis, bientôt après, par des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus.

Nous avons cru devoir rappeler ces préliminaires, mais nous en resterons là et nous renvoyons le lecteur aux chapitres de l'Historique et des Généralités. Nous rappelons seulement que nous avons trouvé dans la littérature médicale *24 cas de dactylite syphilitique infantile*.

Nous avons vu aussi que, plus souvent que chez les adultes, plusieurs organes étaient affectés à la fois, et que l'*ostéite est la forme la plus commune chez les enfants*.

---

1. Nous avons dit déjà plus haut que ce chiffre est certainement au-dessous de la réalité.

Age. — Dans 18 cas où l'âge est mentionné on trouve les chiffres suivants :

2 semaines (Smith) ;
3 semaines (Smith) ;
6 semaines (Taylor) ;
2 mois (Sherwell) ;
10 semaines (2 cas de Taylor) ;
3 mois (Taffani et Palizzari) ;
9 mois (Bronson) ;
13 mois (Gaucher et Garbe) ;
18 mois (Busey, Bulkley, Eschle, Bäumler) ;
20 mois (Taffani et Palizzari) ;
2 ans 1/2 (Heller) ;
5 ans 1/2 (Taylor) ;
8 ans (Taylor) ;
13 ans (Berne).

Sur 18 cas, 7 sont donc survenus dans les trois premiers mois, 8 dans la première année, 14 dans les deux premières années.

Etiologie. — Elle sera souvent mise en évidence par les *antécédents* et l'*examen* de l'enfant. Lorsque l'enfant ne présente ni accidents spécifiques concomitants, ni stigmates acquis ou dystrophiques on devra recourir à l'*enquête familiale.*

On cherchera d'abord du côté des parents qu'on devra interroger et, autant que possible, examiner minutieusement ; en ce qui concerne la mère, on tiendra grand compte des avortements répétés, des accouchements prématurés, de la léthalité infantile,

qui donnent une présomption sérieuse en faveur de la syphilis.

Si nos recherches n'aboutissent pas, on passera à l'examen des frères et sœurs chez qui on recherchera les indices révélateurs de la syphilis héréditaire.

Enfin si de ce côté encore on ne trouve rien, on instituera le *traitement spécifique*, véritable pierre de touche qui permettra d'établir avec certitude un diagnostic présumé ou, le cas échéant, de rectifier l'erreur faite.

Dans un certain nombre de cas l'enfant doit son hérédité spécifique à ses deux parents à la fois. Exemple :

Cas II. — *Père et mère syphilitiques. Taylor* (1). (*Observation résumée*).

Les antécédents de la mère montrent qu'elle a été atteinte de la syphilis : roséole, plaques muqueuses, traces d'une ancienne iritis, douleurs ostéocopes ; enfin, pour compléter ce tableau, le biceps était le siège de cette inflammation diffuse décrite par Notta et étudiée par Virchow ; il présentait une grande dureté en même temps qu'une certaine diminution de volume, enfin il était dans la flexion. L'infection datait du cinquième mois de la grossesse. Le père présentait aussi des signes évidents de syphilis secondaire.

Mathilde C..., leur petite fille, naquit sans offrir aucune trace

1. *Archiv. of scientif. and pract. medicine*, de Brown-Séquard et Séguin, n° 4, 1873, p. 354-360.

de syphilis ; mais au bout d'un mois elle eut une roséole, des plaques muqueuses et du nasillement. Six semaines après, la mère remarqua que le médius droit de l'enfant était un peu gonflé ; peu à peu la peau devint rouge, tendue et luisante. Au quatrième mois, soit dix semaines après l'apparition du gonflement, la fluctuation étant devenue évidente, on pratiqua une incision de chaque côté du doigt ; il en sortit une quantité considérable de pus.

C'est alors que la petite malade fut confiée aux soins du Dr Taylor qui, après quelques mois d'un traitement antisyphilitique énergique, obtint une guérison complète. Le doigt, bien que restant plus long que le médius de l'autre main, reprit sa mobilité et sa force, tout signe de syphilis ayant depuis longtemps disparu.

Ce cas, ajoute l'auteur, est intéressant, car il montre la curabilité de l'affection. Son diagnostic était important à poser, et c'est faute de l'avoir fait que deux chirurgiens avaient déclaré le mal incurable et demandé l'amputation.

Dans un autre cas de Smith, les deux parents étaient syphilitiques.

D'autres fois la preuve de l'infection syphilitique n'a pu être faite que pour un seul des deux parents, le père ou la mère ; mais malgré le manque de preuves on devra suspecter l'autre.

Dans d'autres cas enfin il est impossible si c'est le père ou la mère que l'on doit incriminer, mais l'hérédité spécifique est manifeste.

Symptomatologie. — Prenons comme exemple l'observation suivante, bien observée et clairement rédigée :

Cas III. — *Enfant; Curtis Smith* (1).

Le 21 juin 1869, je fus appelé pour donner des soins à une primipare dont l'accouchement fut naturel et dura cinq heures. L'enfant était sain et viable. Il offrait toutefois une peau ridée et couverte de furfures. Quelques soins firent disparaître cet aspect mauvais, et pendant quelque temps l'enfant semble se porter aussi bien que possible. Mais au bout de la troisième semaine, les soins ayant cessé peu à peu, il se fit sur la surface du corps une éruption roséolaire, et la malade semblait souffrir pendant la nuit de douleurs vives que les parents prenaient pour des coliques. Ces douleurs étaient nocturnes et ne relevaient que de l'infection syphilitique. Cet état de choses se prolongea pendant trois semaines, puis le mal guérit.

Au bout de six semaines environ, j'étais appelé de nouveau pour soigner la mère et l'enfant qui tous deux étaient malades. L'enfant était amaigri, il présentait absolument cette face de petit vieillard qu'on trouve si souvent chez les enfants syphilitiques. Il y avait autour de l'anus des plaques cuivrées et des excavations d'une dimension notable. Au cou, engorgement des ganglions qui étaient ramollis. L'enfant avait les yeux bleu clair, et une belle et abondante chevelure blonde, des sourcils et des cils longs. La chair était molle, flasque, et la peau ridée semblait usée par places.

Les sécrétions étaient normales. Dans le jour l'enfant se tenait tranquille, mais la nuit il devenait agité et semblait souffrir beaucoup de ses douleurs. Le principal point intéressant

---

1. *Americ. Journal of Syph. and Derm.*, 1872, p. 142 et *Ann. de Gynéc.*, Paris, 1875, 2e partie, page 253.

pour moi était l'état de ses mains ou plutôt de ses doigts. Les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index, du médius et de l'annulaire étaient le siège d'un gonflement notable ; celui-ci, très développé au niveau des articulations y était circonscrit et diminuait rapidement du côté des articulations phalangiennes qui n'étaient pas envahies. La peau qui recouvrait le gonflement était livide, tirant sur le pourpre ; mais il n'y avait pas une grande augmentation de sensibilité quand on exerçait une pression modérée ; au contraire avec une forte pression on déterminait une violente douleur. Le mouvement de la jointure était, par suite de la raideur, difficile et toujours très douloureux, mais il était encore impossible de déterminer la fluctuation, qui ne s'est d'ailleurs jamais montrée dans la suite.

J'ai revu depuis deux cas semblables, mais n'en ayant jamais vu auparavant je fus quelque peu embarrassé ; je ne pus trouver dans aucun des ouvrages dont je disposais une description nette même d'un seul cas. Je vis l'article « panaris du doigt » dans l'ouvrage du Dr Bumstead, mais la description était tellement courte que je ne trouvai rien qui pût se rapporter à mon cas. Je pensai que j'avais affaire à une maladie syphilitique congénitale qui s'était portée surtout sur les doigts.

Je n'avais pas encore examiné la mère, je l'interrogeai, espérant que ses réponses m'éclaireraient sur l'état de l'enfant. Je la trouvai anémique, la mine pâle et abattue, la langue couverte de fissures, la muqueuse pharyngienne enflammée et ulcérée au niveau des amygdales ; les ganglions de la nuque étaient très engorgés et un peu douloureux ; elle avait quelques plaques érythémateuses sur la face et le cou. Elle me dit qu'elle souffrait

pendant la nuit de violentes douleurs dans les coudes, les genoux et le long des tibias, quelquefois aussi dans les omoplates. Elle avait eu pendant fort longtemps une très abondante leucorrhée à laquelle elle attribuait son état de faiblesse et les douleurs qu'elle éprouvait dans les reins ; mais elle n'avait eu aucune vésicule, aucun ulcère sur les parties génitales, bien qu'elle fût fort gênée par un prurit vulvaire presque continuel.

Je considérai désormais les deux cas comme syphilitiques. Sur ma demande je vis le mari qui se plaignit de douleurs rhumatismales dans les épaules, les omoplates et les tibias, douleurs telles qu'elles l'empêchaient de dormir la nuit. Je lui dis franchement que ce n'était pas de rhumatismes qu'il souffrait mais de syphilis. Il reconnut lui-même qu'il avait été infecté deux ans auparavant, et me dit que son médecin prétendait l'avoir guéri à tel point qu'il n'en souffrirait plus jamais. Il m'avoua qu'après avoir contracté la maladie et l'avoir traitée, il l'avait communiquée à une autre femme que j'ai soignée à cette époque pour syphilis constitutionnelle.

La cause de la maladie me semblant suffisamment démontrée, je soumis tous mes malades au traitement spécifique. Le père fut rapidement soulagé de ses douleurs ; la mère et l'enfant, après un traitement continué pendant un temps considérable, virent s'améliorer leur état ; le gonflement des doigts ne se modifia guère pendant le premier mois, mais peu à peu il diminua, et au bout de trois mois et demi il avait entièrement disparu. La mère aussi se trouva bien du traitement ; elle reprit une apparence robuste, mais elle souffrit encore de temps en temps de douleurs nocturnes qui cédèrent à un traitement de quelques jours. L'enfant fut guéri après un mois de traitement.

Le traitement consista dans l'emploi de Hg et KI, et des toniques minéraux à l'intérieur ; comme traitement local, friction journalière à l'onguent mercuriel sur le cou et le siège de l'éruption. Quand je vis l'enfant pour la dernière fois, toutes les parties étaient en bonne santé, mais je n'ai pas revu les deux malades depuis cinq mois.

Nous disions en parlant de l'étiologie que l'histoire des parents joue parfois un rôle considérable ; ici elle était importante à connaître car, malgré certains symptômes, on aurait pu, en présence des ganglions cervicaux ramollis penser à la tuberculose et faire le diagnostic de spina ventosa bacillaire.

Voici maintenant une observation de Taylor relative à un cas de syphilis du métacarpe :

Cas IV. — *Syphilis acquise du 2e métacarpien droit ; durée, deux mois ; guérison.* (*Taylor*).

Il s'agit d'un enfant de quatre ans et quatre mois. Son père qui est policeman fut affecté de syphilis qu'il communiqua à sa femme. Celle-ci met au monde un enfant syphilitique chez lequel se développèrent des lésions osseuses et des plaques muqueuses rebelles L'histoire de cet enfant présenta quelques particularités, aussi la réservons-nous pour un autre travail. Sa sœur, Laurétie C... me fut apportée le 7 juin 1871 par sa mère que j'avais soignée peu auparavant. L'enfant présentait une syphilide papuleuse sur les joues et le front, une roséole à son déclin sur le corps, des plaques muqueuses dans la bouche, et des condylomes autour de chaque bras.

L'enfant avait souffert pendant un mois très cruellement, et les parents avaient supposé pendant ce temps que c'était du rhumatisme. Les souffrances étaient plus fortes la nuit, ce qui l'empêchait de dormir. Les points douloureux étaient à l'extrémité supérieure du radius droit, à la partie supérieure du cubitus gauche, et à l'os métacarpien droit. A cette époque, soupçonnant que la syphilis était la cause des douleurs de leur enfant, d'autant plus que le père avait été affecté de la même manière, ils se décidèrent à m'apporter leur enfant. A l'examen, je trouvai le métacarpien sus-mentionné très gonflé, et présentant au toucher une forme parfaitement ovale. Le mal avait environ 1 pouce et quart de diamètre à son milieu, et allait en diminuant graduellement à chaque extrémité du métacarpien. L'espace triangulaire qui existe normalement entre le métacarpien de l'index et celui du pouce était entièrement comblé, et le gonflement était encore visible sur la surface palmaire de la main. Il y avait de la douleur à la pression, mais il n'y avait pas de lésion de la peau, bien qu'elle fût très indurée. Je conseillai de donner à l'enfant XV gouttes de mixture contenant KI et sublimé, semblable à celle que j'ai prescrite dans le premier cas, et au bout d'une semaine l'enfant ne souffrait plus d'aucune douleur. Le 8 juillet, le gonflement avait à peine 3/4 de pouce, et cela alla graduellement en diminuant jusqu'au commencement de septembre, époque à laquelle la vue et le toucher ne faisaient constater aucune différence avec le métacarpien gauche correspondant. En juillet, j'élevai la dose à XX gouttes. Dans le cas le traitement fut ponctuellement exécuté. Cette enfant avait été infectée par les plaques muqueuses de sa sœur qu'elle avait embrassée. Environ un mois avant, son père était venu me voir pour une ulcéra-

tion de la lèvre inférieure que je touchai au nitrate d'argent. Cette ulcération n'était pas guérie lorsque je vis pour la première fois l'enfant :

Cette observation est intéressante en ce que l'enfant, au dire de Taylor, *aurait contracté* la syphilis ; il ne dit pas si l'époque où le père reçut l'infection qu'il communiqua ensuite à sa femme est antérieure à la naissance de l'enfant, mais cela est à présumer ; il est ainsi à supposer que la sœur hérédospécifique dont il est parlé était plus jeune que l'enfant en question, et que les parents contractèrent la syphilis dans l'intervalle des deux grossesses, mais cela n'est pas dit. Cette lacune est surprenante de la part de Taylor et, plus encore, regrettable ; ce point était assez important pour qu'on y insistât.

En tenant pour exacte néanmoins l'affirmation de Taylor cette observation serait, à notre connaissance, *le seul cas signalé jusqu'à présent* de syphilis des métacarpiens, métatarsiens et phalanges, d'origine acquise, survenant chez un enfant.

Dans l'observation suivante, de Bulkley, les deux mains et les deux pieds présentèrent diverses manifestations syphilitiques :

Cas V. — *Enfant. Bulkley. Début à vingt-cinq mois.*

S..., âgé de deux ans et neuf mois, est un enfant chétif, pâle, aux cheveux blonds, à la peau blanche ; il ne parle pas encore, à peine dit-il quelques mots, bien qu'il semble assez

intelligent pour comprendre ce qu'on lui dit. A l'âge de huit mois, c'est-à-dire il y a plus de deux ans, on remarqua un gonflement à l'angle de sa mâchoire, lequel, d'abord peu considérable, grandit peu à peu, s'ulcéra, et donna pendant un certain temps un pus de mauvais aspect. Il est resté en cet endroit une cicatrice peu profonde, non adhérente à l'os, et seulement un peu décolorée. Il y a environ huit mois, il se forma sur la face dorsale du pied une tuméfaction qui bientôt se ramollit et s'abcéda ; à peu près à cette époque, la première phalange du pouce gauche et peu après l'index gauche se prirent à leur tour. Ces deux tuméfactions ont été en se développant graduellement sans donner lieu à aucun autre accident. Tout récemment, cependant, une étroite ouverture s'est faite à la partie externe du doigt. Il y a un an environ, le deuxième métacarpien droit se tuméfia, puis, après s'être ramolli, donna lieu à une suppuration qui existe encore.

Etat actuel. — Bon état général, bien que l'enfant soit dans de mauvaises conditions hygiéniques. L'appétit est excellent ; il y a cependant un peu de diarrhée. Depuis peu de temps le malade est tourmenté par des douleurs dans les pieds et les mains ; il n'y a point de traces d'éruptions syphilitiques sur le corps. L'œil gauche porte les traces d'une kératite interstitielle. Les dents ne présentent pas les déformations décrites par Hutchinson.

Main gauche. — Le pouce et l'index sont le siège d'une tuméfaction bien marquée, portant sur les premières phalanges ; la peau est rouge, indurée, ne conservant pas l'empreinte des doigts ; la pression n'occasionne d'ailleurs que peu ou pas de douleur. La tuméfaction commence à l'articulation métacarpo-phalangienne, augmentant jusque vers la partie moyenne du

doigt, et va en diminuant vers l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Les extrémités des deux phalanges sont quelque peu enflées, et il est difficile d'apprécier si les articulations ont participé à l'inflammation. Les dimensions du pouce et de l'index de la main malade sont : pour le pouce 2 pouces 3/8, pour l'index 2 pouces 5/8 ; sur la main saine, pouce 1 pouce 5/8, index 1 pouce 1/2.

On sent une fluctuation superficielle vers le côté externe de l'index, mais la totalité du doigt ainsi que le pouce sont fermes et solides.

Main droite. — Vers le milieu du premier métacarpien de la main droite, il y a une ultéracion déprimée, douloureuse, et dont les bords sont adhérents à l'os. Il y a probablement inflammation générale de l'os, qui est douloureux à la pression dans toute son étendue.

Pieds. — Le pied gauche est ordinairement enflé, mais les quatrième et cinquième métatarsiens présentent un gonflement qui est analogue à celui des mains. Sur la face dorsale du pied, au niveau du milieu de l'espace qui sépare les orteils de la malléole externe, on trouve une ulcération excavée, d'un quart de pouce environ de diamètre ; les bords en sont taillés à pic, et il en sort un liquide séro-purulent assez abondant. Cette ulcération est entourée d'une zone érythémateuse de 1 pouce environ de diamètre. Au niveau de la malléole externe du pied droit, autre ulcération donnant aussi un pus abondant. Les articulations ne semblent pas avoir été atteintes.

Histoire de la mère. — La syphilis n'a pu être constatée d'une manière évidente. Cette femme de quarante ans, robuste et grande, s'est toujours bien portée ; elle est cependant, depuis la naissance de son premier enfant, sujette à des crises épilepti-

formes. Cet enfant, né il y a environ dix-sept ans, ne vécut que six mois et mourut de ramollissement cérébral. Ces attaques épileptiformes furent au début très irrégulières, ne venant que tous les ans ou tous les deux ans, puis elles devinrent plus nombreuses ; elle en a maintenant quelquefois deux par jour. Il se passe quelquefois des semaines et des mois sans qu'il y ait d'accès. Depuis deux ans elle perd ses cheveux ; ils tombèrent d'abord en grande quantité, puis ils cessèrent de tomber ; ils repoussent maintenant mais sont encore fort courts. Elle n'offre aucun signe évident de syphilis, n'a jamais eu d'éruption sur le corps ; pas de douleurs ostéocopes, pas de maux de gorge, rien aux parties génitales. L'intelligence est un peu affaiblie. Elle a cinq enfants vivants et se portant bien et n'a jamais eu de fausses couches.

Histoire du père. — Il mourut il y a deux ans d'une affection de la poitrine ; il s'adonnait à l'ivrognerie dans les deux dernières années de sa vie. Aucun de ses amis n'a pu nous démontrer qu'il eût présenté des signes évidents de syphilis : il a eu cependant vers la fin de sa vie des douleurs siégeant aux jambes et s'exaspérant quand venait le soir.

Phases de la maladie. — L'enfant est traité au sublimé et à KI. Les ulcérations sont pansées avec du cérat ordinaire.

2 mars. — L'enfant est dans un meilleur état, les ulcérations ont meilleure apparence, il y a moins de suppuration. Le gonflement des doigts semble décroître, et pendant la nuit le malade se plaint moins de ses ulcérations.

La mère aussi suit un traitement antisyphilitique pour ses attaques épileptiformes.

16 avril. — Les ulcérations du pied sont à peu près guéries ; le pied malade peut même marcher ; l'état général est bien

meilleur. Les dimensions du pouce et de l'index de la main malade n'ont pas subi de changements notables. La suppuration qui s'écoulait par l'orifice fistuleux du doigt s'est tarie ; les autres ulcérations se sont guéries de même. Le traitement spécifique que suit la mère semble avoir éloigné les attaques qui reviennent moins fréquemment. L'intelligence est plus lucide et plus nette.

Janvier 1874. — Le traitement a été suivi pendant plusieurs mois. Les résultats obtenus sont les suivants : l'enfant remue le pouce et l'index avec facilité ; sa santé est meilleure. Les deux doigts principalement lésés ont éprouvé un léger raccourcissement. La santé de la mère s'est notablement améliorée.

Cette observation est très instructive, parce qu'elle donne une idée exacte de la physionomie spéciale que prennent ordinairement chez l'enfant les symptômes et la marche de la dactylite syphilitique. Elle indique, en outre, ses localisations les plus habituelles et montre combien le diagnostic est parfois difficile à établir.

Pour mieux faire ressortir la difficulté que présente ce diagnostic avec la tuberculose en particulier, nous donnerons pour terminer l'observation suivante où un certain nombre de caractères pouvaient faire penser à la bacillose :

Cas VI. — *Enfant de dix-huit mois. Observation de Bulkley.*

F... M... R..., petite fille blonde de dix-huit mois, recueillie à l'hôpital dispensaire des enfants le 10 mars 1874. Les

antécédents de l'enfant ont été recueillis par l'étudiant en médecine H.-A. Dobson, aux soins duquel elle fut confiée pendant plusieurs mois.

Les grands-parents étaient, paraît-il, sains et de bonne constitution ; le grand-père maternel, encore vivant, est âgé de soixante ans ; la grand'mère est morte à trente-cinq ans d'une attaque d'apoplexie ; un frère est mort à huit ans de cause inconnue ; une sœur est morte, à huit ou dix ans, de diphtérie ; un frère vit encore qui se porte bien ; un sœur vivante aurait été affectée de temps en temps de tumeurs scrofuleuses (très vague).

La mère de l'enfant a actuellement trente-quatre ans ; elle a été réglée à quinze ans ; depuis elle a toujours été bien réglée. Vers sa neuvième année elle a eu des « humeurs froides » pendant trois mois environ ; mais elle s'est bien portée ensuite et n'a jamais été forcée de prendre le lit. Vers l'âge de quinze ans, elle a eu une éruption squameuse accompagnée d'un prurit vif, sur la tête et le front, s'étendant de là au corps. Elle a été traitée pendant fort longtemps, l'affection étant plus grave l'hiver que l'été. Avant l'apparition de l'éruption, elle avait habité comme femme de chambre un hôtel et y était restée jusqu'à environ deux ans avant l'éruption. Elle prépara les lits d'hommes qui, paraît-il, avaient une « mauvaise maladie », et parfois aida au nettoyage des couvertures et au blanchissage des draps. Elle dormit avec d'autres jeunes servantes ; l'une de celles-ci fut soupçonnée depuis d'avoir une « mauvaise maladie ». Elle se maria, son mari mourut deux ans et sept mois après, de phtisie ; elle souffrit de la gorge quelque temps avant qu'il mourût.

L'enfant né vingt mois après le mariage, gros et bien por-

tant pesant neuf livres, vint à terme ; il continua à se bien porter jusqu'à l'âge de trois mois. Alors apparut une éruption sur la tête, éruption squameuse et purulente qui bientôt forma une croûte. Elle commença à ulcérer la peau à cette époque. La toux commença à l'âge de six mois, continua à être intense pendant plusieurs mois et revient encore de temps en temps ; il eut une affection bronchique grave. Enfin vers le dixième mois il eut une « diarrhée noire » d'une odeur infecte. Voici les renseignements fournis par l'interrogatoire ; cela nous mène jusqu'au mois d'août 1873. L'enfant avait alors onze mois.

En août 1873, l'enfant fut confiée à mes soins ; elle était très faible, émaciée, pesant à peine 14 livres, ayant une diarrhée noire qui bientôt se transforma en une défécation claire comme de l'eau de riz, quelquefois teintée de sang qu'on pouvait penser venir de l'effort, car il y avait un prolapsus rectal considérable. Les selles étaient fétides ; leur odeur pénétrait les vêtements et tout ce qui était en contact avec la malade. Je la traitai par le sirop d'iodure de fer et l'huile de foie de morue. Elle avait une fièvre intense, refusait de manger ; on la nourrit de pain, de pommes de terre et de viande hachée. Bronchite envahissante ; les râles de bronchite pouvaient être entendus à une distance de plusieurs pieds. Je mis la malade à la diète de lait pur de vache. Je prescrivis une cuillerée à thé d'huile de foie de morue avec lacto-phosphate de calcium (de Trindes), trois fois par jour. J'ordonnai en outre l'emploi du quinquina et du fer, quinquina péruvien avec oxyde de fer (de Nichol), une demi-cuillerée à thé trois fois par jour.

Il y eut peu de changement pendant les deux premières semaines. L'enfant prenait le lait avec répugnance, mais au

bout de ce temps elle le but sans difficulté. Peu à peu elle commença à aller mieux. La diarrhée commença à perdre son odeur infecte ; les râles de bronchite commencèrent à disparaître ; les dents firent leur apparition ; mais pendant trois mois les lésions cutanées ne s'améliorèrent guère. Vers le mois d'octobre, la diarrhée noire cessa et l'enfant engraissa si rapidement que vers la fin de novembre elle pesait 22 livres ; elle avait gagné 8 livres en un mois. Depuis lors elle a été de mieux en mieux ; sa bronchite, toutefois, persiste encore.

Pendant ce temps on observa un gonflement de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit. La tuméfaction produite était blanche et luisante ; elle s'étendit vers le carpe, sur la face dorsale de la main, plutôt que vers l'extrémité inférieure du doigt. Un simple cataplasme fut d'abord appliqué, mais comme il semblait y avoir de la douleur, on fit des lotions d'acétate de plomb et de laudanum. Le troisième jour, on appliqua de la teinture d'iode très étendue comme contre-stimulant. Alors le gonflement diminua un peu sur la face dorsale, mais gagna un peu sur le côté palmaire et vers l'extrémité du doigt. Cela diminua ensuite ; un examen attentif ne permettait pas de reconnaître la fluctuation ; l'affection semblant avoir un caractère grave, sinon syphilitiqne, le malade fut envoyé à l'hôpital des enfants où il fut confié aux soins du Dr Busey.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la chair flasque, la peau pâle, l'aspect général montre que l'enfant est encore sérieusement malade ; elle a 12 dents, 8 incisives et 4 prémolaires. La fontanelle antérieure diminue mais n'est pas encore fermée. La première phalange du médius gauche était tuméfiée et mesurait 2 pouces 1/2 de circonférence maxima,

près de la deuxième articulation phalangienne, la circonférence correspondante du doigt sain ne mesurant que 1 pouce. La face dorsale de la première phalange était d'une couleur rosée, tranchant sur la teinte pourpre des faces latérales et palmaire ; la peau était luisante, tendue, les plis y avaient disparu ; il n'y avait pas de douleur. L'enfant criait quand on remuait son doigt ou quand on le pressait fortement ; il usait de sa main, mais il évitait de se servir du doigt malade. L'index était tenu écarté. La décoloration de la surface était due dans une mesure à des taches d'iode. Au toucher on avait la sensation d'une substance ferme, dure, donnant tout à fait l'idée qu'on avait affaire à une tuméfaction de l'os. Près de l'angle externe de l'œil gauche, immédiatement en avant de l'oreille gauche et sur la joue gauche, il y avait des taches d'une éruption squameuse, sans coloration de la peau. La malade fut soumise au traitement mixte formulé par le Dr Taylor.

21 mars. — La tumeur a augmenté sur le côté radial du doigt, la peau recouvrant le gonflement était franchement rouge ; il n'y avait pas de taches, mais une fluctuation molle. L'abcès fut incisé ; il s'en écoula un pus sanieux. Le traitement fut continué et on recouvrit d'un cataplasme de graine de lin l'abcès ouvert.

1er avril. — Pas de douleur ni de sensibilité ; la mensuration de la phalange ne montre pas de diminution, même volume et même force ; les mouvements de la deuxième jointure semblent complètement revenus, mais ceux de l'articulation métacarpo-phalangienne semblent gênés par le gonflement de la phalange ; elle n'est pas sensible à une forte pression (1).

1. Une gravure représentant un moulage pris après guérison de l'abcès accompagnait cette observation.

Le traitement mixte, d'après la formule du Dr Taylor, fut continué. Il amena une légère diminution de la tuméfaction. Dans la suite, l'amélioration devint sensible, et le 11 mai, lorque je vis la malade pour la dernière fois, la circonférence du doigt, dans la partie la plus tuméfiée, mesurait seulement 1 pouce 7/8.

Certains éléments militaient ici en faveur de la bacillose. Du côté de la famille : père mort phtisique moins de deux ans avant la naissance de l'enfant ; mère ayant eu des « humeurs froides » dans son enfance ; sœur ayant présenté des accidents qui pouvaient être tuberculeux.

Du côté de la malade : naissance à terme, poids plutôt supérieur à la moyenne, toux de longue durée, affection bronchique grave.

Ce fut la dernière éruption squameuse qui fit penser à la syphilis et instituer le traitement spécifique.

Il résulte de la lecture des observations qui précèdent que les traits essentiels de la dactylite syphilitique sont les mêmes chez les enfants que chez les adultes. La différence, dans les deux catégories, porte moins sur les symptômes eux-mêmes que sur les caractères de ces symptômes qui chez les enfants sont modifiés comme il suit :

Forme. — Le plus souvent spina ventosa ; la forme superficielle n'a jamais été signalée ; forme diffuse.

Nombre et siège des localisations. — Lésions multiples le plus souvent, mêmes sièges que chez les adultes.

Tuméfaction. — Très marquée, de couleur rosée

et non violacée, pas de prédilection pour la région juxta-épiphysaire comme dans les os longs.

Evolution. — Chronique, mais plus rapide que chez les adultes ; quelquefois aiguë ; dans le cas de lésions multiples, les diverses régions sont prises successivement. Les os atteints sont ordinairement atrophiés et ordinairement raccourcis ; dans deux cas (Keyes et Taylor) il y avait allongement.

Douleur. — Inconstante, comme chez les adultes, et semble dépendre de l'acuité de l'évolution ; quand elle existe, la douleur spontanée et surtout la douleur à la pression semblent plus accusées que chez les adultes.

CHAPITRE VI

Evolution

Nous commencerons par citer l'observation de Risel, qui présente en outre l'intérêt d'être un des rares exemples de dactylite syphilitique chez un hérédo-spécifique adulte. Malgré le défaut de commémoratifs, la nature de l'affection est mise hors de doute : 1° Par ce fait qu'après avoir été traitée pendant plusieurs années sans succès par des médicaments non spécifiques elle a rapidement cédé à l'actions spécifique ; 2° par la *marche caractéristique* des lésions osseuses et leur structure spéciale. C'est pour cette raison que nous la donnons à cette place.

Cas VIII. — *Dactylite syphilitique chez une femme adulte (Risel, 1870).*

Une fille eut, à l'âge de quatorze ans, un gonflement de la partie supérieure du cubitus gauche; dans sa vingtième année après une période intermédiaire de mauvaise santé, elle s'aperçut d'un gonflement graduel du poignet droit, du genou gauche et du cou-de-pied du même côté. Deux ans après son pied droit enfla ; cependant la peau resta saine au niveau de la jointure. Les mouvements diminuèrent graduellement et le pied finit par rester fixé dans une flexion légère. Il n'y avait pas de douleur spontanée, mais les parties étaient sensibles à la pression. Le genou recouvra sa mobilité au bout d'un an, le cou-de-pied gauche au bout de cinq ans environ, tandis que l'affection du cou-de-pied droit, après avoir disparu, revenait alors avec une plus grande intensité. Des tumeurs se développèrent bientôt sur les corps des tibias et sur les bosses frontales. Le gonflement du poignet droit s'étendit, après quelques semaines, au dos de la main, y envahit les deux phalanges du pouce et les trois doigts voisins. Le pouce, l'annulaire et le médius revinrent à leur état normal au bout de trois mois environ, mais sur le côté radial de l'index, la peau rougit et s'ulcéra un an après environ, donnant issue à du pus sans débris osseux; l'ouverture se ferma ensuite, laissant une gêne des mouvements du doigt. A l'âge de vingt-huit ans, il survint sur le côté cubital et sur la face dorsale de la main gauche un gonflement avec coloration rouge qui s'étendait aux téguments des deux derniers métacarpiens. Une incision pratiquée sur les parties gonflées devint le point de départ d'une ulcération circulaire

étendue qui guérit lentement, laissant à la base du quatrième métacarpien une fistule qui se ferma plus tard. L'année suivante, la malade avait alors vingt-neuf ans, la première phalange du pouce de la main enfla à son tour, et un mois après le gonflement atteignait aussi la dernière. En même temps, les premières phalanges des deux derniers doigts de la main droite et le troisième orteil droit dans toute sa longueur augmentaient de volume. La marche des accidents affecta ici la forme aiguë et nécessita plusieurs incisions. Elle avait été traitée sans succès par des moyens non spécifiques pendant seize ans, avant le mois de janvier 1869.

A cette époque elle était dans l'état suivant : corps amaigri, sans lésions cutanées ; pas d'engorgement des lymphatiques, plusieurs nodosités sur la tubérosité frontale, rate très grosse, poignet droit fixé dans une flexion légère, avec saillie des apophyses styloïdes ; sur les points malades, la peau était tendue et livide par places ; cicatrices et fistules petites sur la face dorsale des mains. Le stylet introduit dans les trajets fistuleux rencontrait un tissu spongieux, mais pas d'os dénudé.

Sur la main droite, on voyait les résultats du processus destructif ; la 1re phalange de l'index était considérablement raccourcie et tellement étranglée à sa partie moyenne, où l'on voyait une petite cicatrice, que l'os paraissait être séparé en deux pièces ; la malade devait fixer son doigt avec un gant, tant la mobilité était grande. Les deux autres phalanges étaient normales. Le médius était considérablement atrophié ; la 1re phalange était dans l'extension forcée, tandis que la 2e était légèrement fléchie. Les os n'avaient pas été altérés dans leur forme, mais leur volume était diminué, la peau, les articulations et les tendons étaient normaux.

A la main gauche l'affection était à l'état de progrès. Sur le dos existait une cicatrice étendue, lisse, non adhérente, qui allait rejoindre un petit point déprimé, situé à la base du 1er métacarpien dont l'atrophie déterminait un raccourcissement marqué du pouce. La 1re phalange du médius était très gonflée, obliquement traversée par un trajet fistuleux ; l'os était séparé en deux parties par un tissu de nouvelle formation.

Les deux phalanges du pouce, la 1re de l'index et la 1re du médius droit étaient gonflées, mais sans fistules et sans solution de continuité des os.

Le fémur, le genou et le cou-de-pied étaient sains ; mais sur les tibias existaient des tumeurs nombreuses et il y avait augmentation de volume du corps de ces os.

La malade étant chloroformée, des incisions furent pratiquées sur les phalanges dernièrement atteintes afin d'évacuer le dépôt granuleux. C'était un tissu peu vasculaire, mollasse, jaunâtre et sec. Il ne contenait pas de pus, mais il y en avait dans les trajets fistuleux. On trouva la même substance sous les téguments de l'index. Les incisions guérirent rapidement. Le raccourcissement du médius augmenta ; la rétention du pus détermina sur ce doigt une ouverture qui permit de voir l'intérieur de l'articulation métacarpo-phalangienne, dont la synoviale et les cartilages furent trouvés sains. Le gonflement de l'orteil diminua sans traitement local. La malade entra dans le service du Dr Volkmann en janvier 1869 et prit depuis cette époque jusqu'à la fin d'avril de l'iodure de potassium dont les effets sur les lésions osseuses furent étonnants ; mais à cette époque elle fut prise d'une hémorragie abondante de l'estomac et des intestins à laquelle elle succomba.

L'observation résumée suivante donne également un exemple de la marche habituelle de la dactylite syphilitique.

Cas IX. — *Dactylite syphilitique par R. Galassi* (1).

Il s'agit d'une femme qui, treize ans après l'infection syphilitique, eut au doigt médius de la main droite un gonflement douloureux qui disparut spontanément. Cinq mois après, récidive ; et de plus accidents identiques au pouce et à l'auriculaire. La peau était tendue, violacée, sillonnée de grosses veines ; il était impossible de localiser le siège de l'affection, et l'ensemble du doigt avait une élasticité anormale, un peu analogue à de la fausse fluctuation. Cette forme de dactylite peut être confondue avec le spina ventosa. Mais dans le spina ventosa la lésion primitive est toujours osseuse tandis qu'elle intéressait ici les parties fibreuses des doigts. L'auteur fait néanmoins remarquer qu'il existe une forme de dactylite syphilitique qui peut, comme le spina ventosa, s'ulcérer et suppurer par des trajets fistuleux dont le point de départ est une ostéite. En pareil cas, il faut se renseigner avec exactitude sur les antécédents et rechercher dans le traitement spécifique la consécration du diagnostic.

Nous arrêterons là nos citations d'observations, mais nous indiquerons comme intéressantes au point de vue de l'évolution, les observations de Taylor (adultes, cas I), de Nélaton (adultes, cas XII).

---

1. *In Revue d'Hayem*, 1878, tome XI, p. 202.

Début. — Nous avons déjà parlé du début qui peut porter sur une région quelconque du doigt, de la peau à la moelle, la forme superficielle étant la plus rare. Nous avons parlé aussi des variétés, circonscrite et diffuse, de la lésion, et vu que chez les enfants il s'agit à peu près toujours d'une dactylite profonde diffuse, le plus souvent ostéomyélitique.

Marche. — Elle a pour caractère essentiel d'être *irrégulière* et capricieuse.

L'affection débute par une poussée plus ou moins aiguë affectant un ou plusieurs organes, puis se produit un arrêt et les phénomènes s'amendent ; la tuméfaction diminue, se dissipe parfois complètement, et la guérison semble complète et définitive lorsque survient une nouvelle poussée aiguë.

Dans certains cas aigus, pourtant, l'évolution est plus régulière ; la progression est constante et on n'observe ni temps d'arrêt, ni phénomènes de régression.

La marche, *chronique* le plus souvent, peut donc être aiguë, subaiguë, chronique et très lente.

L'observation de Risel, citée plus haut, montre que chez le même sujet la marche peut être tantôt aiguë, tantôt chronique. Chez sa malade, la 1re phalange du pouce grossit lentement et il se passa un an avant que la deuxième ne se prît à son tour ; tandis que les autres doigts furent atteints d'une façon si aiguë qu'on crut nécessaire de pratiquer des incisions. Le contraste fut frappant entre la lenteur de la marche de la lésion du pouce et

la rapidité avec laquelle les autres doigts furent atteints.

Le malade de Nélaton (adultes, cas XII) ne se présenta à l'hôpital qu'à la seconde récidive.

La malade de Galassi avait vu, une première fois, la tuméfaction disparaître spontanément.

Pourquoi ces temps d'arrêt et comment expliquer la résorption spontanée de la tuméfaction?

Quand le processus morbide évolue et progresse, l'organisme résiste et il y a prolifération de cellules normales ; l'action pathologique, le processus agressif, déterminent une réaction pathologique, un processus défensif, et l'issue de la lutte varie selon les cas. Si les moyens de défense de l'organisme sont suffisants, il y a d'abord arrêt de développement, puis mort, dégénérescence et résorption des produits morbides. Si au contraire l'attaque est plus violente ou la défense moins énergique, c'est le processus pathologique qui triomphe, et la néoplasie, continuant son invasion, se substitue aux tissus normaux.

Lorsque plusieurs organes sont affectés dans un même membre ou dans des membres différents, ils sont en général pris successivement. On n'a pas une évolution unique, une marche parallèle des différentes lésions ; chacun des foyers morbides évolue pour son propre compte, avec une intensité qui varie de l'un à l'autre. C'est ainsi que dans un cas d'Eschle (enfants, cas IX) qui aboutit à la désarticulation de deux doigts, le petit doigt, pourtant pris le dernier

mais dans une plus large mesure fut désarticulé en 1880, l'index en juillet 1881 seulement.

D'une façon générale, la marche est plus lente dans la *forme* superficielle que dans la forme profonde, dans la variété circonscrite que dans la *variété* diffuse.

Au paragraphe Périostite de la symptomatologie nous avons vu que la marche des périostites précoces était très rapide.

Les détails cliniques du cas de Bergh (1) prouvent que lorsque l'affection débute sous forme d'ostéomyélite, elle peut avoir une marche très rapide et amener ainsi très vite une augmentation énorme du volume des doigts. Le gonflement de l'os semble avoir constitué une tumeur parfaitement régulière, entourée d'une plaque de tissu compact revêtu de son périoste. Ce dernier caractère autorise à penser que la lésion avait réellement eu son point de départ dans le tissu spongieux ; par suite de la prolifération rapide des produits gommeux, le tissu compact et le périoste avaient été graduellement refoulés et, par leur extension, ils s'étaient graduellement accommodés à l'énorme augmentation de la pression excentrique à laquelle ils étaient soumis. Mais, soit à cause du degré inférieur d'organisation de la matière gommeuse, soit par l'effet purement mécanique de sa présence, le ramollissement survint, la coque

1. Adultes, cas III.

d'enveloppe s'amincit et donna issue, une fois ouverte, à un liquide de consistance gommeuse.

Les symptômes observés dans le cas de Mac Cready (1) portent à croire que, dans ce cas aussi probablement, l'affection débuta par une ostéomyélite. Mais que le début ait été une périostite ou une ostéomyélite, le fait clinique important qui ressort de cette observation, c'est que, même dans les cas d'infiltration gommeuse considérable d'un os, le produit morbide peut subir la régression et se résorbe, au lieu de se ramollir et de s'éliminer.

L'*âge* aussi a une influence sur l'allure de la marche qui est plus rapide chez les sujets jeunes, chez les enfants surtout. Il n'y a là rien qui puisse nous surprendre. L'organisme de l'enfant du jeune enfant surtout, est doué d'une hyperactivité fonctionnelle qui se manifeste dans les processus pathologiques aussi bien que dans les processus physiologiques. On sait quel rôle actif et important joue la moelle osseuse pendant la croissance. C'est en raison de cette activité, de l'état de perpétuelle irritation dans laquelle elle se trouve chez l'enfant, que les différentes diathèses ont tendance à la frapper, et les lésions produites à évoluer rapidement.

La néoplasie gommeuse, par sa rapide prolifération, gonfle rapidement l'os, dont la substance compacte se résorbe peu à peu; celle-ci, à la longue, ne forme plus qu'une mince coque qui finit par se

1. Adultes, cas XVIII.

perforer en un ou plusieurs points (d'où fistules laissant échapper la matière gommeuse ramollie) ou par se briser (d'où fractures), spontanément ou sous un léger traumatisme.

Terminaison. — Tantôt les productions gommeuses régressent, sont résorbées, tantôt elles se ramollissent, s'abcèdent et s'éliminent. Dans les périostites il y a tantôt résolution, tantôt persistance d'exostoses; ce dernier cas se produit lorsque le traitement a été institué trop tard, après la transformation du tissu osseux du dépôt colloïde qui se produit d'abord sous le périoste.

Le doigt peut rester déformé, étranglé en certains points, élargi ailleurs ; la face atteinte est atrophiée ; les téguments peuvent conserver une coloration anormale et la peau peut présenter des cicatrices, traces d'ulcérations ou de fistules anciennes. Enfin on note assez fréquemment un raccourcissement quelquefois considérable, et une attitude vicieuse, qui varie suivant les cas.

Dans deux cas d'Eschle (1) et un cas de Williams, la lésion aboutit à la perte d'un ou de plusieurs doigts, qui furent désarticulés.

Dans les autres cas la guérison fut plus ou moins complète, et la capacité fonctionnelle recouvrée tantôt partiellement, tantôt intégralement.

Les *os* subissent une atrophie tantôt locale (dans la région épiphysaire le plus souvent), tantôt per-

1. Adultes, cas XX, et enfants, cas IX.

tant sur toute leur longueur. Chez les enfants les os atteints subissent un arrêt de développement plus ou moins prononcé.

Quant aux *articulations*, nous avons vu dans le paragraphe spécial de la symptomatologie qui leur est consacré, que la synoviale pouvait être lésée primitivement ; mais le plus souvent les lésions articulaires sont secondaires et consécutives à des gommes siégeant tantôt dans les épiphyses, tantôt dans le périoste ou les ligaments. Quoi qu'il en soit, les surfaces articulaires, une au moins, peuvent être altérées après un certain temps, d'où craquements ; les ligaments, longtemps tiraillés par un épanchement abondant, peuvent rester définitivement allongés, d'où mobilité articulaire excessive, mouvements de latéralité, perte des mouvements volontaires. Dans d'autres cas la lésion articulaire aboutit au contraire à une ankylose.

Les *conséquences* les plus graves de ces altérations osseuses et articulaires sont : le *raccourcissement du doigt* (1), son *attitude vicieuse permanente*, la *perte plus ou moins complète de ses fonctions.*

Dans le cas de Mac-Cready, l'index était déformé

---

1. Dans le cas de Keyes et dans un cas de Taylor (enfants, cas I) il y eut allongement, excès de croissance en longueur ; mais cette circonstance est exceptionnelle et le raccourcissement est de règle. Il convient d'ajouter que dans le cas de Keyes une phalange subit un raccourcissement pendant que dans d'autres phalanges et des métacarpiens le processus aboutit à un allongement.

et extrêmement raccourci, puisque son extrémité arrivait seulement à la hauteur de l'articulation phalango-phalangienne du médius. Ce raccourcissement avait une double cause : la 1re phalange de l'index était réduite au quart ou au cinquième de sa longueur primitive, et l'extrémité correspondante du métacarpien avait été résorbée. Il s'était formé entre ces deux os une néarthrose très mobile, trop mobile, et inutile du fait même de cette mobilité excessive.

Dans le cas de Bergh (adultes, cas III), on trouvait sur le côté radial de la 1re phalange du médius la cicatrice de la fistule dont il est parlé dans l'observation ; en outre la phalange était étranglée vers son milieu.

Dans le cas de Taylor (adultes, cas I), l'orteil resta incurvé dans le sens de la flexion, de manière à présenter une saillie convexe au niveau de l'articulation des 1re et 2e phalanges ; de plus on pouvait provoquer dans cette articulation une crépitation démontrant qu'une au moins des surfaces articulaires avait été altérée secondairement.

Dans le cas de Risel (adultes, cas VIII), les deux mains furent prises. Du côté droit : l'index avait sa 1re phalange gonflée, considérablement raccourcie et étranglée en son milieu, où siégeait une cicatrice ; le médius, considérablement atrophié, sa 1re phalange enflée et cette phalange se tenait en extension forcée, tandis que la deuxième était légèrement fléchie. Du côté gauche : la base du 1er métacarpien subit une atrophie qui détermina le raccourcissement du pouce ;

la 1re phalange du médius était très gonflée, obliquement traversée par un trajet fistuleux, et l'os était complètement séparé en deux parties reliées par un tractus de néoformation.

Dans le cas de Koch enfin (adultes, cas VII), on avait de la crépitation dans l'articulation interphalangienne du pouce, une légère hyperextension de la phalange terminale et une limitation considérable des mouvements dans le sens de la flexion ; mais en outre, chose plus intéressante, cette phalange terminale avait subi une *déviation latérale* qui, du côté radial, lui faisait faire un angle obtus avec la phalange basale.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Le diagnostic a une *importance capitale*.

Erroné, il peut avoir de graves conséquences, la syphilis méconnue pouvant poursuivre son œuvre destructrice et créer d'autres lésions beaucoup plus graves, par exemple des lésions viscérales.

Tardif, il risque d'être presque inutile, les lésions avancées étant irréparables.

Il importe donc de faire un diagnostic *exact* et PRÉCOCE ; c'est à cette condition seulement qu'on pourra, par le traitement, prévenir des désordres

graves, guérir la lésion encore à son début, réduire au minimum les déformations ultimes, et conserver l'usage des doigts ou des orteils atteints.

Diagnostic Positif

Diagnostic de la lésion. — Il s'établira, d'après les caractères objectifs de la lésion, la concomitance d'autres accidents spécifiques, les traces de syphilis antérieure, les commémoratifs, mais aussi, surtout si les éléments précédents manquent en totalité ou en partie, d'après le *critérium thérapeutique*.

Si on soupçonne l'hérédo-syphilis, on doit en outre faire le :

Diagnostic de l'origine d'après les *stigmates dystrophiques* soigneusement recherchés et d'après *l'enquête sur la famille*, « dernière et suprême ressource du diagnostic », disait Fournier. Cette enquête, quand elle sera possible, portera sur le père, la mère, les frères et sœurs du malade ; malheureusement elle offre souvent de grandes difficultés.

Diagnostic Différentiel

En avançant en âge, la syphilis — héréditaire surtout — pérd de plus en plus ses caractères distinctifs, son allure propre, sa spécificité en un mot. Cette syphilis ainsi altérée, déformée, transformée, peut se traduire par des manifestations empruntant l'aspect habituel à d'autres lésions non syphilitiques avec les-

quelles elles peuvent être confondues. En particulier la ressemblance avec la bacillose est quelquefois tellement frappante que le diagnostic par les seuls caractères objectifs est à peu près impossible ; en outre, des infections secondaires peuvent survenir qui contribueront à obscurcir davantage des symptômes déjà équivoques et à rendre ainsi plus malaisée la solution d'un problème déjà difficile.

En raison de la difficulté et de l'importance du diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose, nous exposerons avec quelque détail la méthode qui, rigoureusement suivie, permettra le plus souvent de différencier les deux diathèses.

Au contraire nous ne ferons qu'indiquer, qu'énumérer, pour ainsi dire, les autres affections de la main et du pied pouvant présenter, avec celles qui nous occupent, une ressemblance vague, et qu'un examen attentif permettra de reconnaître sans difficulté.

Avec la tuberculose. — C'est le plus *important* et le plus *difficile*. Nous avons, dans notre introduction, insisté sur cette difficulté, cité les passages de Cazenave, Mauriac et Gaucher, y faisant allusion, et donné des exemples frappants d'erreurs de diagnostic commises par des spécialistes distingués.

Pour établir ce diagnostic nous ne devrons donc négliger aucun des moyens dont nous pourrons disposer. Outre les données objectives fournies par la lésion, nous nous aiderons d'un autre ordre d'éléments pris en dehors de la lésion, et enfin, si le doute

subsiste malgré tout, nous recourrons au critérium thérapeutique.

1° *Caractères objectifs de la lésion.* — Dans les ulcérations bacillaires, les *contours*, à reflets bleuâtres, sont moins réguliers, leurs bords sont minces décollés et comme minés. L'ulcération syphilitique a une forme plus géométrique, à contours rouge sombre et au fond d'une sorte de puits on voit un *bourbillon* caractéristique, comparé à du veau cuit, à du mastic à demi desséché, à de la morue cuite.

«... Les ostéosyphiloses sont beaucoup *plus sèches*, moins suppurantes que les ostéotuberculoses. On y trouve moins de fistules, moins de clapiers ; les parties molles n'ont pas la mollesse pâteuse, la lividité et le bourgeonnement blafard, torpide, des gommes strumeuses ; le stylet ne s'enfonce pas dans une substance cariée, mais dans une substance dont les vermoulures sont circonscrites par une matière dure, résistante, éburnée, etc... Enfin, dans la suppuration des ostéoscrofuloses on trouve le *bacille*, tandis qu'on ne découvre aucun parasite dans le pus ou le liquide gommeux des ostéosyphiloses. » (1).

2° *Eléments Généraux.* — Ils sont très utiles lorsque les éléments précédents font défaut ou manquent de netteté. Ce sont :

La concomitance d'autres accidents, bacillaires ou spécifiques ;

La marche, plus rapide dans la syphilis ;

---

1. Mauriac. *Syph. tert. et Syph. héréd.*, Paris, 1900.

L'habitus extérieur : aspect vieillot du nouveau-né syphilitique, facies strumeux ;

Les antécédents personnels du sujet : abcès froids, engorgements ganglionnaires, etc., en faveur de la tuberculose ; pemphigus à la naissance, coryza tenace dans les jours qui suivent, en faveur de la syphilis.

3° *Critérium thérapeutique.* — Si ces recherches n'ont pas donné de résultats précis et entraîné une certitude absolue, il faut instituer le traitement spécifique. En cas de syphilis, la guérison sera le plus souvent rapide et quelquefois très rapide ; il y aura véritablement changement à vue. *Cette influence rapide et exclusive du traitement permet d'affirmer le diagnostic de syphilis.* J'en appelle, dit Hérard, à tous ceux qui ont eu occasion de traiter la scrofule et les scrofulides par les préparations iodurées : Peut-on comparer la lenteur et l'incertitude des résultats obtenus en pareils cas avec la promptitude et la netteté des résultats obtenus chez les syphilitiques.

Le traitement spécifique est donc le facteur diagnostique par excellence et il fournit un moyen de contrôle infaillible.

Dans l'observation de Bulkley donnée plus haut (Enfants, cas VI) certains symptômes rendaient possible et excusable une erreur de diagnostic ; cette erreur fut commise par des médecins distingués dans le cas intéressant communiqué à la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie par

MM. Gaucher et Louste (adultes, cas XXVI) et dans le cas suivant dont nous donnons l'observation résumée :

Adultes, cas X. — *Observation (résumée, inédite). Syphilis simulant la bacillose. Due à l'obligeance de notre ami le Dr Grosjean, de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), ex-interne des hôpitaux.*

Mme X..., trente ans. Aucun antécédent sérieux. Se présente à mon cabinet en mai 1903, envoyée par deux confrères ; pour tuberculoses multiples. Elle présente :

1° *Un spina ventosa du 2e métacarpien droit ;*

2° Une notable hyperostose de deux côtes ;

3° Une hyperostose de la région externe de la clavicule, très appréciable, surtout à droite ;

4° Des signes d'arthrite de l'épaule droite ;

5° Trois fistules au cou ;

6° Un abcès non ouvert au cou.

J'accepte d'abord le diagnostic de tuberculoses multiples sous lequel la malade m'est envoyée. Quelques jours après, je fais dans ce que j'avais pris pour un abcès du cou une injection de naphtol camphré (un demi-centimètre cube). Quelques jours après, la peau s'ulcère au niveau du point où j'ai fait l'injection. Il y a rapidement une ulcération large comme une pièce de 50 centimes au fond de laquelle je vois, non du caséum, mais un bourbillon blanchâtre semblable à un morceau d'étoupe.

Mis en éveil, j'institue le traitement mixte et porte bientôt à 4 grammes la dose journalière d'iodure. Tout s'amende très vite. La gomme qui m'avait mis sur la trace de l'affection se

déterge, les fistules du cou se ferment en un mois. Les phénomènes d'arthrite disparaissent complètement. Il persiste de l'hyperostose, mais elle n'est plus douloureuse ; la tuméfaction du 2e métacarpien diminue considérablement et tend à disparaître.

J'ai revu la malade en 1904 et dans l'été de 1905. Aucun accident ne s'est produit. Il reste encore de l'hyperostose des côtes et de la clavicule, mais beaucoup moins accentuée ; quant au spina ventosa du 2e métacarpien il est complètement guéri.

Affections non tuberculeuses

Dans la plupart des cas ces affections ne présentent avec la dactylite syphilitique qu'une ressemblance trop vague pour qu'une confusion soit possible après un examen sérieux.

Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit précédemment sur les antécédents, les accidents spécifiques précédents ou concomitants, le critérium thérapeutique, etc., et nous ne ferons qu'indiquer brièvement les caractères objectifs différentiels de ces lésions :

1° *Panaris*. — Evolution très aiguë, douleur.

2° *Goutte*. — Siège au premier orteil ; accès aigus, douleurs violentes.

3° *Rhumatisme chronique*. — Siège dans les articulations ; à la main, prédilection pour l'articulation métacarpo-phalangienne ; plus rares dans les articulations phalangiennes, les manifestations s'é-

tendent le plus souvent aux gaines tendineuses, notamment à celles des fléchisseurs, et laissent sur leurs trajets de petits nodules tophacés (1). La déformation apparaît dès le début de l'affection, elle a de la tendance à déjeter les doigts vers le bord cubital de la main et à fixer ces organes dans diverses positions de flexion et d'extension ; en outre, la crépitation du rhumatisme articulaire chronique est sèche et rude, elle s'observe jusque dans les gaines tendineuses et apparaît précocement. Dans l'arthrite syphilitique le gonflement n'atteint généralement pas un aussi grand nombre de jointures et la crépitation n'a pas le même caractère de rudesse.

4° *Rhumatisme blennorragique.* — Blennorragie antérieure ; rechercher le gonocoque dans l'écoulement.

5° *Rhumatisme aigu.* — Est accompagné d'une fièvre intense, de manifestations viscérales (endocardite), de sueurs. Enfin efficacité du salicylate de soude ou de lithine.

6° *Tumeurs des doigts.* — *Kyste dermoïde.* — Coloration normale de la peau, tumeur non transparente, mobile sur les parties profondes, indolente, consistance dure ou pâteuse, siège à la face palmaire ; *kystes synoviaux :* transparence, dureté fibromateuse ; *kystes sébacés :* consistance pâteuse, siège à la face palmaire ; *lipome :* évolution lente ou très lente, siège à la face palmaire, peau saine, indolence,

1. Nodosités d'Heberden.

tumeur peu mobile sous la peau, augmentant régulièrement, consistance molle ou pâteuse, quelquefois crépitation comparable à celle de la synovite à grains riziformes, forme en bissac par pincement ; *enchondrome*, c'est la seule tumeur pouvant être à la rigueur confondue avec la dactylite ; n'occupe qu'une des faces du doigt en général, le plus souvent la face palmaire, se développe très lentement, et se présente sous la forme d'une tumeur dure bien circonscrite.

7° *Gonflement diabétique des orteils.* — Gonflement et rougeur des orteils, à marche aiguë ou chronique, s'étendant vers le dos du pied, et pouvant aboutir à la formation de pus et à la nécrose de l'os. Rechercher les signes du diabète et en particulier analyser l'urine.

CHAPITRE VIII

Pronostic et Traitement

Pronostic. — Nous ne nous occuperons que du pronostic local.

Ce pronostic est fonction du diagnostic ; d'après les considérations développées aux deux chapitres précédents il sera d'autant plus favorable qu'il aura été établi plus précocement. « Il ne faut pas demander à l'iodure et au mercure plus qu'ils ne peuvent

donner. Ils ont la propriété d'arrêter les processus syphilitiques, mais à une condition, c'est que ceux-ci soient à la période d'invasion ou même de pleine activité formative. Mais du moment que le mal est accompli, que la régression est faite par nécrobiose ou dégénérescence scléreuse, que les organes sont détruits, comment pourraient-ils réparer ce qui est irréparable. Il guérissent ce qui est atteint, mais ne créent pas ce qui est détruit. » (1).

Traitement. — Localement on veillera à ce que la lésion demeure rigoureusement aseptique.

Le traitement général sera le traitement spécifique mixte : mercure et iodure associés.

Le *mercure* peut être donné en pilules, frictions ou injections.

Dans les syphilis malignes ou seulement graves, M. le professeur Gaucher conseille d'employer l'injection de sels solubles, l'injection de sels insolubles étant « une hérésie pharmacologique, une méthode aveugle qui peut exposer à de graves accidents » (1). Il préconise le benzoate de mercure, qui semble moins douloureux que le peptonate ou le bi-iodure, et il recommande la formule suivante :

Benzoate d'hydrargyre.	1 gr.
NaCl chimiquement pur.	2 gr. 50
Eau stérilisée.	100 gr.

1. *Traitement de la Syphilis*, par E. Gaucher (l'*Œuvre médico-chirurgical*, n° 31, publié le 25 mai 1905). Nous y avons largement emprunté.

Injecter par jour 2 centimètres cubes de cette solution. — Chez les malades qui supportent bien le mercure on pourra, dans certains cas graves, injecter progressivement et avec prudence jusqu'à 3 à 4 centimètres cubes par jour. L'injection sera faite de préférence à la fesse (région supérieure ou région latérale), peu profonde (2 à 3 cm.), et à volonté intra-musculaire ou sous-cutanée. On continuera jusqu'à complète guérison ce traitement qui ne sera interrompu qu'en cas d'accidents (douleurs stomacales, diarrhée, salivation mercurielle). A défaut d'autres sels solubles on emploiera le sublimé, qu'on a toujours sous la main ; formule de M. Gaucher :

Bichlorure d'hydrargyre	0, gr. 10
Chlorure de sodium chimiquement pur.	0, gr. 05
Eau distillée bouillie.	10 gr.

Un centimètre cube par jour de cette solution en injection sous-cutanée.

Tandis que le mercure a une action spécifique, l'*iodure* est employé comme résolutif; déjà utile à la période secondaire, il est constamment indiqué à la période tertiaire. On l'ordonnera à des doses variant suivant les cas de 2 grammes à 8 grammes et même plus. Si on craint des accidents d'iodisme on ordonnera concurremment l'extrait de ratanhia (contre le purpura) et l'eau de Vichy ou le bicarbonate de sodium (contre l'intolérance stomacale).

Pour remplacer l'iodure on a préconisé récemment

l'*huile iodée* où l'iode est à l'état de combinaison organique : dose journalière moyenne 5 centimètres cubes en injections sous-cutanées.

Chez les enfants le mercure pourra également être administré en injections, ou donné à l'intérieur sous forme de liqueur de Van Swieten. On pourra encore prescrire des frictions ; celles-ci seront faites, une ou deux fois par jour, sur les parties latérales du thorax et dans les creux axillaires, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre avec un petit tampon d'ouate recouvert de la pommade suivante :

Onguent mercuriel double.	1 gr.
Vaseline.	2 gr.

pour une friction. Pour éviter l'irritation cutanée que produit parfois les frictions on ne les fera jamais plusieurs fois de suite au même point ; en outre on lavera les parties enduites, douze heures environ après l'opération, et on les saupoudrera avec de l'amidon ou de la poudre de lycopode.

M. Gaucher dans son enseignement insiste sur ce fait, qu'une lésion syphilitique est toujours améliorée en quinze jours par le traitement spécifique intensif, c'est-à-dire par les injections de sels solubles de mercure à dose suffisante. La lésion n'est pas toujours guérie après ce laps de temps, mais l'amélioration est toujours suffisante pour permettre de porter avec certitude le diagnostic ou de le rectifier le cas échéant. M. Gaucher fait toutefois remarquer que les lésions de la syphilis héréditaire sont souvent

moins sensibles à l'action du mercure que celles qui procèdent d'une syphilis acquise.

« A l'exception des lésions parasyphilitiques, appartenant soit à la syphilis acquise, soit à la syphilis héréditaire, la médication spécifique guérit, dans la généralité des cas, toutes les manifestations syphilitiques.

« De toutes les maladies, la syphilis est certainement celle sur laquelle la thérapeutique a le plus d'action.

« Cependant il est juste de reconnaître que le traitement antisyphilitique le plus énergique et le mieux institué n'est pas toujours efficace. Il y a des syphilis qui sont plus fortes que le traitement, aussi bien des syphilis héréditaires que des syphilis acquises, à l'une quelconque des périodes de la maladie, quel que soit l'âge du malade, mais surtout dans la première enfance et dans la vieillesse, à cause de la débilité naturelle des âges extrêmes. » (1).

DOCUMENTS

Les observations qui suivent sont placées dans l'ordre chronologique.

---

1. E. Gaucher, *l. c.*, p. 39.

Cas d'Adultes

Cas XI. — *Van Ordt* (1) (*obs.* 2, *Thèse de Paris*, 1859, p. 41).

J..., âgé de soixante-cinq ans, tempérament lymphatique, constitution faible, entre le 13 avril 1858 à l'Hôpital du Midi, service de M. Ricord, salle 5, n° 8.

Le malade contracta un chancre en 1829 et présenta pendant dix ans des accidents divers : syphilides, exostoses, etc. ; se traita fort irrégulièrement et fit des excès. Depuis 1840, aucun accident, lorsqu'il y a quarante-cinq jours il découvrit à la région molaire gauche une tumeur regardée comme gommeuse et traitée comme telle par M. Ricord.

Etat actuel. — A la région molaire gauche, une tumeur grosse comme une noix, sans changement de couleur de la peau, indolente et manifestement fluctuante. En dehors du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit autre tumeur grosse comme un petit œuf de poule, qui s'enfonce dans la clavicule, de telle sorte qu'on ne peut l'isoler complètement ; cette tumeur ne paraît exercer aucune compression sur le faisceau vasculo-nerveux situé à ce niveau. Cette tumeur est indolore, fluctuante, sans changement de coloration de peau, et sans adhérence avec elle. Autre tumeur analogue, mais plus petite, dans l'épaisseur du muscle jumeau interne droit à la réunion des tiers moyen et supérieur de la jambe.

A la deuxième phalange du petit doigt de la main gauche, tumeur qui occupe toute la circonférence du doigt à ce niveau ;

1. L'observation 4 de ce même temps mentionne deux gommes du tendon extenseur du médius droit à la hauteur du métacarpien.

elle est fluctuante à la face palmaire. Exostose qui occupe la moitié supérieure du tibia droit, parfaitement appréciable à cause de la position superficielle de l'os ; on constate que la circonférence du membre est de 22 centimètres à droite et 19 centimètres à gauche : 3 grammes de KI par jour ; au bout de quinze jours on arriva à 6 grammes et on continua cette dose.

29 avril. — Les tumeurs gommeuses ne paraissent pas diminuées ; celle de la région molaire s'ouvre et laisse suinter un pus séreux.

31 avril. — La tumeur de la région molaire continue à suinter légèrement. Plusieurs autres tumeurs se sont accrues et particulièrement celle de la région sus-claviculaire et celle du petit doigt ; celle-ci est devenue très douloureuse et manifestement fluctuante. On constate aussi de nouvelles tumeurs ; ainsi l'une s'est développée au niveau de l'angle de la mâchoire à droite ; enfin des douleurs vives accusées par le malade dans la région scapulaire attirent l'attention de ce côté, et on y découvre deux autres tumeurs fluctuantes situées, l'une dans la fosse sus-épineuse, l'autre dans la fosse sous-épineuse, et gênant le mouvement des muscles correspondants. Le développement de nouvelles tumeurs, l'impuissance de KI dans ce cas conduisent à penser qu'ici l'élément scrofuleux vient s'ajouter à l'élément syphilitique.

8 juin. — Le malade accuse toujours de vives douleurs dans le petit doigt de la main gauche, au niveau de la tumeur déjà signalée ; en examinant ce doigt et en faisant exécuter à la deuxième phalange sur la première des mouvements d'extension et de flexion, on constate un bruit de craquements qui

indique que l'articulation est malade et que les surfaces articulaires sont altérées.

10 juin. — Le traitement interne était successivement porté jusqu'à 6 grammes de KI par jour. On ponctionne la tumeur de la fosse sus-épineuse ; il en sort un flot de pus mal lié ; au toucher avec le stylet on constate la dénudation de l'omoplate dans l'espace de 1 centimètre environ.

Traitement local. — Badigeonnages avec la teinture d'iode et cataplasme.

11 août. — Sortie du malade sur sa demande.

On constata que les tumeurs des fosses sus et sous-épineuses étaient presque disparues, de même que celles de la région molaire et de la joue droite.

Le malade continue son traitement.

Cas XII et XIII. — *De Nélaton (1860)* (1).

Le malade dont il est question, couché au n° 14 de la salle des hommes, est âgé de cinquante ans. Sa constitution ne présente rien de particulier à noter. Il est venu à l'hôpital des Cliniques pour se faire soigner une affection du médius de la main droite. Il raconte que cette maladie s'est déjà reproduite deux fois ; le doigt est devenu gros et douloureux, puis ces accidents se sont dissipés graduellement, et finalement il a pu reprendre ses travaux, conservant toutefois son doigt un peu gros et un peu douloureux.

La deuxième rechute a eu lieu il y a quatre mois environ. Au bout de vingt jours à peu près, il se crut guéri et se remit au

---

1. *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 105-106.

travail. Mais cette fois encore la guérison n'était qu'apparente ; bientôt le mal a récidivé et le malade alors est venu demander les soins de M. Nélaton.

Voici ce que l'on constatait chez cet homme :

Le médius droit a augmenté de volume ; il mesure 1 centimètre environ de plus que celui du côté opposé. Cette augmentation de volume porte principalement sur la première phalange, un peu moins sur la seconde, enfin elle est à peu près nulle sur la troisième. Elle porte sur la totalité de la phalange, peut-être un peu plus sur la face palmaire que sur la face dorsale ; enfin elle est à peu près uniforme, de sorte qu'elle ne constitue pas une difformité pour ce doigt. Les téguments, légèrement tendus, ont conservé leur aspect normal ; ils offrent seulement une teinte un peu violacée, indice d'une stase veineuse de leurs capillaires.

La palpation fait reconnaître que l'augmentation de volume de ce doigt provient surtout des parties molles de la face palmaire.

Les mouvements sont peu gênés ; la pression provoque une faible douleur qui revient spontanément à divers instants de la journée et quelquefois pendant la nuit.

C'était la troisième fois que cette affection se reproduisait. On était donc en droit de conclure qu'il s'agissait d'une maladie diathésique. En effet on avait là devant les yeux un exemple de cette affection dont il n'était aucunement fait mention il y a encore quelques années, qui a pris rang dans la science sous le nom de panaris syphilitique, et qui, il faut bien le dire, est très souvent méconnue dans sa véritable nature.

Il est vrai que l'erreur est assez facile. Que l'affection prenne une marche un peu plus aiguë, supposez que le malade se

présente au médecin à cette époque où les tumeurs gommeuses s'abcèdent. On constate bien l'existence d'un panaris en voie de suppuration, mais le plus souvent on en méconnaît la véritable nature, et l'on s'étonne de voir des fistules intarissables et un engorgement du doigt qui se perpétue à l'infini.

Autre observation. — C'est chez un malade de la ville que M. Nélaton a vu le premier cas de ce genre. C'était un homme d'une quarantaine d'années qui avait consulté tous les syphiligraphes de Paris, et ceux-ci s'étaient refusé à voir dans le panaris qu'il portait une affection syphilitique et l'attribuaient à des scrofules.

Le malade lui fut adressé, et, en l'interrogeant sur ses antécédents, M. Nélaton apprit qu'il portait une autre tumeur à l'omoplate présentant tous les caractères des tumeurs syphilitiques. Le malade avouait bien d'ailleurs avoir eu antérieurement la syphilis. On institua le traitement des accidents tertiaires, et au bout de peu de temps le malade fut guéri.

Depuis cette époque, M. Nélaton a vu un certain nombre de panaris syphilitiques qui avaient également été méconnus, et dont la durée prolongée empêchait depuis longtemps les malades de se livrer à leur profession, tandis qu'un traitement convenablement fait pendant un mois les eût complètement débarrassés.

Chez le malade qui fait le sujet de ces réflexions, la syphilis semble avoir porté son action principalement sur le périoste des deux premières phalanges du médius de la main droite et sur la gaine des fléchisseurs. Chez d'autres malades, c'est le tissu cellu-

laire sous-cutané ou le tégument qui sont affectés. Faut-il pour cela distinguer autant d'espèces de panaris syphilitiques ? Non, évidemment, répond M. Nélaton, et tout le monde sera de son avis. Il serait toutefois inutile de multiplier ainsi les divisions ; car ce qui fait le caractère de l'affection, ce n'est pas sa localisation, ce n'est pas la circonstance de porter sur tel ou tel élément du doigt, mais bien sa nature syphilitique.

Cas XIII à XVII. — *Deux cas de Lücke et trois d'Erlach.*

Premier cas de Lücke. — Un homme syphilitique de cinquante-quatre ans atteint de nodosités sur le sternum et de gonflement de l'articulation sterno-claviculaire, s'aperçut en avril 1860 que le petit doigt de la main droite ainsi que les 2 premiers orteils de son pied gauche et le 2e orteil de son pied droit devenaient plus gros. Le genou gauche enfla et devint douloureux, sa capsule articulaire s'épaissit, et l'on pouvait percevoir la fluctuation. Peu de temps après, le petit doigt gauche augmenta de volume. Le gonflement des orteils et des doigts consistait en une augmentation de volume uniforme de toutes les phalanges, sauf pour le 2e orteil dont la 2e phalange présentait une tuméfaction extraordinaire. La peau était rouge et tendue, avec effacement des plis articulaires. On percevait facilement la crépitation des surfaces articulaires des phalanges ; il y avait de la mobilité anormale, surtout au petit doigt dont l'articulation était tout à fait lâche. Le malade avait en outre une inflammation du corps et des articulations de la 4e vertèbre cervicale, avec difficulté de maintenir la tête dans la position

verticale. Sous l'influence d'un traitement mercuriel, le gonflement des doigts et des orteils disparut en trois mois environ.

Deuxième cas de Lücke. — Un homme de cinquante ans ayant eu déjà de très nombreux accidents syphilitiques, notamment des lésions gommeuses des os et du tissu conjonctif, ainsi qu'un gonflement douloureux du genou et du poignet, s'aperçut que son gros orteil droit augmentait graduellement et uniformément de volume ; cet accident fut bientôt suivi du gonflement du 2e orteil du pied gauche. Le gonflement était dû à une augmentation de volume uniforme des phalanges, et en même temps à un épaississement des parties molles. Il y avait de la gêne des mouvements, mais pas de douleur. La peau des orteils était encore dans ce cas tendue et résistante. Il fut d'abord traité par des onctions mercurielles qui firent disparaître les tumeurs gommeuses ; mais le gonflement des orteils persista. On sentait nettement la crépitation dans l'articulation phalangienne des deux orteils. Les tumeurs gommeuses, d'abord guéries vinrent à s'ulcérer, et le gros orteil devint beaucoup plus volumineux. L'articulation phalangienne du gros orteil fut ouverte par une ulcération ; on y percevait une crépitation très nette et sèche. Sous l'influence d'un traitement tonique et de l'iodure, les orteils revinrent à leur volume normal en trois mois environ.

Le professeur Lücke cite encore trois cas observés par le Dr Erlach, mais sans en donner les détails.

Trois cas d'Erlach. — 1. — Une femme syphilitique de quarante-huit ans était atteinte d'un gonflement indolent des phalanges de plusieurs doigts qui guérit en huit mois environ. Elle eut également du psoriasis, des rhagades, etc...

2. — Une femme de dix-neuf ans ayant eu une éruption

générale de rupia était atteinte d'un gonflement uniforme de la 1re phalange de plusieurs doigts.

3. — Une femme de dix-sept ans contracta la syphilis, en juillet 1855 et s'aperçut au mois de septembre d'un gonflement de trois premières phalanges de la main gauche et d'une de la main droite.

Cas XVIII. — *Mac-Cready.*

Franz K..., tailleur, né en Allemagne, âgé de quarante-trois ans, entra le 4 novembre 1870 à Bellevue-Hospital, pour une pleurésie avec épanchement. L'affection ne présente rien d'extraordinaire et guérit rapidement; mais l'attention fut attirée sur un état particulier de l'index et de l'annulaire droits du malade. L'index était déformé et raccourci à tel point que son extrémité atteignait à peine le niveau de l'articulation des deux premières phalanges du médius. Un examen attentif montra que l'os de la 1re phalange avait disparu en grande partie et qu'il n'avait plus que le quart ou le cinquième de la longueur normale. L'articulation métacarpo-phalangienne était détruite ; une portion de l'extrémité inférieure du métacarpien avait été résorbée ; l'articulation nouvelle et imparfaite qui unissait le métacarpien à la phalange était située un peu au-dessus de l'interligne articulaire, tandis que l'articulation des deux premières phalanges était un peu au-dessous. Les parties molles se trouvant en excès retombaient et augmentaient ainsi la déformation.

La mobilité de l'articulation métacarpo-phalangienne était complète ; mais le malade avait perdu tout contrôle sur elle, et la flexion et l'extension étaient l'une et l'autre imparfaites. De

même, l'os de la 2e phalange de l'annulaire était raccourci au point de n'avoir plus que le quart environ de l'os correspondant du côté opposé ; l'extrémité du doigt atteignait à peine le niveau de l'articulation de la dernière phalange du médius. La perte de substance était entièrement limitée à la phalange, quoique l'articulation des deux dernières phalanges fût un peu gonflée et raide.

Il n'y avait pas trace de cicatrice sur les doigts ; et le malade déclarait que la difformité était survenue après une attaque de rhumatisme. Son père, homme sain et vigoureux, était mort à cinquante ans après une maladie de quelques jours. Sa mère mourut à quarante-six ans après trois mois de maladie. Un de ses frères succomba à vingt-deux ans, probablement à la phtisie. Il avait encore six frères et une sœur en vie, tous en bonne santé. Quant à lui, il avait toujours été bien portant jusqu'à quelques années auparavant. Il y a vingt-trois ans il eut un chancre et deux fois la blennorragie ; mais jamais il ne remarqua d'éruption ni ne souffrit de la gorge. Vers le mois de février 1862, étant de service pendant une nuit obscure devant Wiksbourg, il reçut à la face un violent coup de mousquet, qui lui fractura le nez et lui enleva une dent. Deux ans après une portion d'os fut éliminée, et cet accident fut suivi de cet aplatissement particulier qu'on rencontre si souvent dans la syphilis. Il resta dans l'armée, faisant son service, jusqu'au 4 juillet 1864, époque à laquelle il fut libéré. Vers la fin de la même année, il eut une attaque de rhumatisme. Les genoux, le cou-de-pied, l'index et l'annulaire de la main droite furent atteints d'un gonflement considérable ; le gonflement des doigts était surtout marqué à la première phalange de l'index et à la deuxième phalange de l'annulaire ; il était accompagné d'un peu de douleur et de

sensibilité, il existait en même temps une douleur très forte le long du tibia, et sur le cinquième inférieur du cubitus et du radius, avec exacerbation nocturne. La douleur céda à l'action de l'iodure de potassium ; mais le gonflement des doigts persista. Les douleurs nocturnes reparurent de temps en temps pendant les deux années suivantes ; elles le tourmentent encore quelquefois, mais elles sont toujours guéries par l'iodure de potassium. Le gonflement des doigts, après des alternatives de diminution et de recrudescence à des intervalles de deux ou trois mois, finit par disparaître, après une durée totale de plus de deux ans, laissant après lui les doigts dans l'état actuel. Il n'y eut jamais d'évacuation, ni d'ouverture de la peau.

Cas XIX. — *Observation 20 de la Thèse de Beauregard, Paris. 1875. — Cas inédit de dactylite syphilitique (Hôpital Saint-Louis) observé dans le service de M. Lallier et recueilli par M. Bex, interne du service.*

Mlle P... Jenny, blanchisseuse, vingt-huit ans, née à Brest.

La malade entre pour de vastes ulcères suppurants de la jambe droite ; ces ulcères datent de quinze jours.

Elle fait remonter à huit ou dix mois le début de sa maladie, mais sans donner aucun renseignement sur la nature des troubles qu'elle ressentait. Il ressort toutefois de son récit qu'elle n'avait jamais rien eu aux parties, qu'elle n'a jamais eu de maux de gorge, que ses cheveux ont commencé à tomber il y a sept ou huit mois ; qu'il y a trois mois elle a remarqué des boutons sur le cuir chevelu. Il y a trois mois, elle eut de la céphalalgie, des étourdissements qui ont duré deux mois, en

même temps que des douleurs ostéocopes. Ce fut alors qu'elle se décida à consulter un médecin, qui lui fit prendre de l'iodure de potassium et lui ordonna des frictions sur les aines avec une pommade. Enfin les manifestations syphilitiques des jambes ne datent que de quinze jours, et on lui appliqua à ce propos un emplâtre sur la jambe droite.

Elle est sujette à s'enrhumer l'hiver, mais pas de maladies antérieures. Elle a eu une enfant il y a sept ans, morte à un mois de la dysenterie. Pas de fausses couches. Bien réglée, mais elle voit très peu, surtout depuis qu'elle est malade.

Elle habite Paris depuis douze ans.

Elle a été traitée l'an dernier chez le Dr Siredey où elle est restée plusieurs mois, ayant des lésions très curieuses du col utérin qu'on fut tenté de prendre pour l'accident primitif.

Etat actuel. — Anémie visible, rien sur le tronc ni aux parties. Boutons dans la tête. La lésion pour laquelle elle entre se trouve aux membres inférieurs, au droit en particulier.

La jambe droite, vers la partie supérieure, à sa face externe est le siège de deux vastes ulcères, d'un diamètre plus grand que celui d'une pièce de cinq francs.

A la jambe gauche, quatre ou cinq ulcères d'un diamètre un peu moindre que celui d'une pièce de un franc. Ailleurs sur le corps une ou deux pustules d'ecthyma. Douleurs le long de la crête des tibias.

M. Lallier diagnostique des syphilides ulcéreuses et serpigineuses à forme gangréneuse, ayant succédé à des pustules d'ecthyma.

Une cuillerée de sirop de Gibert, vin de quinquina, fer et rhubarbe.

9 janvier. — Badigeonnages iodés sur les ulcères, cataplasmes à gauche.

10 janvier. — Les petits ulcères de la jambe gauche ont augmenté sous le cataplasme.

11 janvier. — Les ulcères de la jambe gauche se sont encore étendus en largeur et en profondeur. Iodoforme sur tous les ulcères.

15 janvier. — Amélioration marquée de l'ulcère, principalement de la jambe gauche.

17 janvier. — Eruption pustuleuse à l'occiput, très confluente, et sous les croûtes se trouve accumulé du pus fétide très abondant.

18 janvier. — Les ulcères de la jambe droite ont un bien meilleur aspect, leurs contours sont d'un beau rouge vif. Ulcération assez étendue et assez profonde de la face postérieure du pavillon de l'oreille à sa partie supérieure. Continuer l'iodoforme pour la jambe droite, le remplacer par du camphre à gauche.

19 janvier. — L'ulcère supérieur de la jambe droite est sanguinolent.

20 janvier. — Il s'est formé un ulcère analogue à la partie supérieure de la jambe droite. Les ulcères de la jambe gauche, qui ont bon aspect, ont encore des bords taillés à pic et proéminents, ce qu'on ne trouve pas sur l'autre jambe.

22 janvier. — On ordonne des pulvérisations, on supprime l'iodoforme qu'on remplace par un pansement fait avec la bandelette de diachylon.

23 janvier. — Commencement de cicatrisation dans les grands ulcères de la jambe qui saignent facilement.

27 janvier. — Progrès très grands dans la cicatrisation des grands ulcères de la jambe droite.

30 janvier. — Les ulcères de la jambe gauche (camphre sont bientôt cicatrisés. Les ulcérations sont maintenant à fleur de peau ; attouchements avec crayons de nitrate d'argent.

9 février. — On aperçoit de nombreux îlots épidermiques spontanés.

10 février. — Sur le cuir chevelu on trouve en divers points des ulcérations à peu près semblables à celles des jambes et de calibre variable, d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de un franc et même davantage. Pansement au chloral.

12 février. — Partout les ulcères sont en voie de réparation.

19 février. — Les plaies de la tête se comblent rapidement.

5 mars. — Nouvel ulcère occupant le genou droit et sur la rotule grand comme une pièce de 20 centimes. Ulcération de la partie supérieure du pavillon de l'oreille gauche.

15 mars. — Etat stationnaire des ulcérations rotuliennes.

22 mars. — Depuis quelques jours il s'est formé une croûte ulcéreuse de la narine droite et une induration limitée dans l'épaisseur de la lèvre supérieure. Toute la partie gauche du lobule du nez est luisante et de teinte livide. Iodure de potassium 1 gr. 50 ; sirop de Gibert.

25 mars. — Frictions avec pommade mercurielle sur le nez.

26 mars. — L'ulcération de la narine ne fait que s'éliminer ainsi que celle de l'oreille gauche. Cautérisation avec chlorure de zinc liquide.

Les ulcérations des jambes sont complètement cicatrisées.

27 mars. — Tuméfaction marquée de la lèvre supérieure.

28 mars. — Les ulcérations se sont nettement arrêtées sous

l'influence de la cautérisation qui a donné lieu à la formation d'eschares sèches, non soulevées. En revanche, la lèvre supérieure s'est ulcérée dans la moitié gauche. Cautérisation de la lèvre avec chlorure de zinc.

29 mars. — La marche des ulcérations paraît arrêtée partout. Un peu de diarrhée. Extrait thébaïque, 2 centigrammes. Deux cuillerées sirop Gibert.

31 mars. — Les eschares déterminées par le chlorure de zinc sont à peu près toutes tombées, et dessous, des surfaces ulcérées tendent à la cicatrisation.

4 avril. — Les eschares de l'aile du nez sont à peu près cicatrisées ; au nez, légère perte de substance le long du bord inférieur.

6 avril. — Salivation assez abondante, malgré le chlorate de potasse.

7 avril. — Oreille à peu près cicatrisée, avec disparition d'une quantité assez notable du cartilage. L'ulcération de la lèvre supérieure marche peu, reste superficielle, et semble présenter quelques signes de cicatrisation en un point. L'ulcération de la narine paraît arrêtée. L'état général est maintenant bon.

21 avril. — Partout les ulcérations sont en bonne voie de cicatrisation.

24 avril. — Tuméfaction (sans rien au tégument) immédiatement au-dessus de la rotule, fluctuante, très nette ; le liquide ne remonte ni en arrière de la rotule, ni sur les côtés. Ce liquide paraît siéger au niveau du tendon rotulien.

27 avril. — La malade se plaint depuis quelques jours d'étourdissements ; ses règles sont en retard d'une quinzaine de jours. Il ne reste à cicatriser que les ulcérations aux membres

inférieurs. L'état général est bien meilleur depuis quelque temps la malade engraisse à vue d'œil.

5 mai. — Œdème et douleur au membre inférieur droit, surtout au-dessous de la cheville et le long de la face externe.

10 juin. — Sort de l'hôpital en très bon état.

15 juillet. — Rentre à l'hôpital dans la même salle où elle occupe le lit n° 2, pour des accidents ulcéreux semblables à ceux qu'elle présentait pendant son premier séjour. Elle a à la partie supérieure de l'avant-bras gauche, au-dessous du coude, une ulcération de la dimension d'une pièce de 5 francs, à fond sale ; il semble qu'elle résulte d'une gomme. Au bas de la fesse droite, ulcération plus petite.

26 juillet. — Amélioration de l'ulcération de l'avant-bras sous l'influence de l'iodoforme.

27 juillet. — Pas d'amélioration de l'ulcération de la fesse. On substitue le cataplasme à l'emplâtre de Vigo dont on faisait usage.

14 août. — Les ulcérations se généralisent sous forme de petites pustules entourées d'un cercle blanchâtre, mortifié et formant eschare.

Elles occupent les pieds et les jambes, sont très douloureuses et entourées d'une auréole rouge. L'iodoforme ne donnant pas grand résultat, on le remplace par la pommade à l'iodhydrargyrate.

28 août. — Le traitement général n'étant pas supporté, on ordonne des frictions à l'onguent napolitain.

5 septembre. — Amélioration. Quelques croûtes rupioïdes. Rougeur au bout du nez.

2 octobre. — Ulcération du bord droit de la langue. Traitement : cautérisation au nitrate d'argent.

25 octobre. — La malade signale sur la partie gauche du voile du palais une petite plaque rouge indurée, peu saillante.

6 novembre. — Petite ulcération reparaît sur une tuméfaction au pied droit, à la racine du gros orteil; il y a à ce niveau épaississement de la peau, et une fluctuation qui paraît tenir au liquide de la bourse séreuse.

Quand la tuméfaction apparut, les téguments prirent une teinte d'un rouge livide qui s'étendait non seulement au gros orteil, mais encore à la partie interne du cou-de-pied. Ce dernier était lui-même gonflé, fluctuant. La peau était tendue. L'ulcération située à la racine du gros orteil était assez profonde et gagna encore en profondeur dans les jours suivants.

Huit jours durant, le mal augmenta, élargissant très notablement le gros orteil dans ses deux phalanges ; la dernière surtout semblait sur le point de s'abcéder ; elle était luisante, rouge ; peau tendue ; elle était sur un plan supérieur à celui du second orteil et reposait sur ce dernier. Il faut noter surtout le développement du gros orteil qui avait au moins augmenté de moitié, qui avait une température anormale (bien qu'on ne l'ait constatée qu'à la main).

Le second orteil lui-même participa bientôt à la lésion dont était atteint son voisin; il devint volumineux, rouge, tendu et enflé à sa première phalange; les deux dernières phalanges au contraire s'effaçant sous la face inférieure du gros orteil, semblaient n'avoir point participé au mal, à peine quelque rougeur et peu de tuméfaction. Le cou-de-pied, très rouge, très enflé, semblait tendre à s'abcéder, la rougeur, fort vive sur le côté interne (côté tibial), allait graduellement en diminuant vers le bord externe (côté péronéal).

Quant à la face plantaire, elle présentait aussi une rougeur,

mais moins vive, qui, partant de la base du gros orteil, allait graduellement en diminuant jusque vers le niveau de l'articulation tarso-métatarsienne. La face plantaire, comme d'ailleurs cela semble être la règle dans la dactylite syphilitique, était peu malade et n'était presque point tuméfiée.

La douleur ne fut jamais très vive. Elle n'était point continue et se caractérisait par des élancements, des picotements qui survenaient surtout après que la malade avait fait une marche quelque peu longue. Cette douleur ne s'exagérait point la nuit, toutefois la chaleur du lit semblait en augmenter l'intensité, quoique rien ne se rapportât aux douleurs ostéocopes. Le gros orteil n'était pas le siège unique de cette douleur; le cou-de-pied y participait, ainsi que le voisinage de la malléole externe. La température extérieure semblait aussi influencer notablement les manifestations de cette douleur; l'humidité la faisait revenir, mais par un temps sec au contraire, il était rare que la malade en souffrît. La pression même vive sur le cou-de-pied ne déterminait aucune sensation douloureuse; il n'en était plus de même quand on exerçait cette pression sur le gros orteil. Hâtons-nous de dire cependant que cette douleur communiquée n'était point très vive. Différant absolument des douleurs spontanées que nous avons décrites il n'y a qu'un instant, le mal causé par la pression ou la manipulation du gros orteil se manifestait par une petite douleur, plutôt même une sensibilité exagérée encore par l'appréhension de la malade; mais il n'y avait là rien des lancements et des picotements des douleurs spontanées. La face dorsale du pied était seule impressionnée par la maladie, et la face plantaire était absolument indolore. L'emplâtre de Vigo fit disparaître ces symptômes en l'espace de quelques semaines.

Il y avait une crépitation fort distincte, accompagnée d'un certain bruit lorsque saisissant l'extrémité du gros orteil, on lui communiquait quelque mouvement, mais les mouvements volontaires et la marche ne donnaient plus ce symptôme. Le second orteil ne semblait point présenter cette crépitation.

La peau semblait indurée ; elle était le siège de très petites ulcérations qui n'acquirent jamais une grande profondeur. L'épaississement qu'elle avait éprouvé et la tension des ligaments rendait difficile l'exploration des tissus plus profonds et il était impossible de déterminer l'état des os et de dire s'ils avaient été attaqués par le mal. La marche ne fut jamais arrêtée par le fait même de la dactylite, mais l'œdème de la jambe qui suivit la formation des ulcérations força la malade à garder le lit.

Par les petites ulcérations de la peau, il sortit du pus jaunâtre et point de ce liquide peu abondant dont parlent les auteurs anglais.

28 novembre. — Cou-de-pied guéri.

3 janvier 1875. — Ulcérations (pièces de 2 francs) derrière la malléole externe gauche. Traitement : touché les ulcérations avec le chlorure de zinc.

31 janvier. — Les ulcérations sont à peu près cicatrisées.

9 février. — Depuis quelque temps on remarque un œdème notable du pied et de la jambe malades, remontant presque jusqu'à l'articulation du genou, et que n'expliquent pas les lésions cutanées que l'on voit. Traitement : emplâtre de Vigo.

4 mars. — Amélioration notable des lésions du pied depuis qu'elles ont été recouvertes d'emplâtre de Vigo.

Pas de lymphangite spécifique. L'emplâtre de Vigo semble dans ce cas avoir eu une action extrêmement prompte sur la

dactylite. Son application a fait disparaître en moins de cinq semaines tous les symptômes, et aujourd'hui la malade sort de l'hôpital après avoir vu le pied reprendre son volume normal. La coloration de la peau est à peine un peu rouge encore. Les ulcérations sont cicatrisées, les mouvements absolument rétablis, enfin toute douleur a disparu.

Cas XX. — *Dactylite superficielle. — Femme de trente-deux ans. — Syphilis présumée héréditaire. — Désarticulation de l'index.— Observation d'Eschle, traduite in-extenso* (1).

L'anamnèse est ici importante, Anna B..., trente-huit ans, veuve d'un maçon.

Père mort d'une maladie « consomptive », avait des éruptions persistantes sur le visage et le cuir chevelu, rien du côté de la poitrine.

Mère morte à soixante ans d'une affection aiguë du cerveau, croit-elle ; avait été enfermée longtemps dans une maison de santé.

La malade insiste sur ce fait que la dernière phalange de l'index droit manquait chez sa mère, celle-ci lui dit l'avoir perdue consécutivement à une affection locale de longue durée.

La malade est la quatrième de cinq enfants. Les deux premiers moururent dans les quinze premiers jours, le troisième vécut près d'un an ; le cinquième est une sœur mariée, bien portante, ayant des enfants vigoureux, mais dans sa jeunesse, malgré une apparence robuste, elle fut constamment éprouvée de diverses façons. Les phénomènes consistaient en un écoulement nasal

1. Voir la Bibliographie.

persistant d'odeur infecte, et en une éruption de boutons secs et squameux du cuir chevelu, du visage et des extrémités. Ces phénomènes étaient intermittents et disparurent à l'époque de la puberté. A vingt ans elle eut une affection articulaire du pied qui la tint longtemps mais guérit sans laisser de troubles fonctionnels.

Quant à Mme B... elle-même, elle dit n'avoir jamais eu de maladie dans son enfance, jamais de tuberculose cutanée ou osseuse. Vers quinze ans, elle eut une affection pulmonaire avec fièvre, d'une durée d'une semaine. Cette même année, affection chronique de l'articulation du genou gauche qui était peu douloureuse mais très enflée. Peu après la menstruation s'établit sans troubles généraux et ne présenta rien de particulier depuis. L'affection articulaire guérit sans intervention par le repos au lit et un traitement local ; il n'en reste aucune trace.

En 1871, elle épouse un homme d'apparence vigoureux, ayant eu une affection pulmonaire pendant son service militaire, mais n'ayant à ce moment ni éruption, ni lésions génitales.

En novembre 1872, naissance de l'enfant Bertha B..., (1) qui eut à dix-huit mois une dactylite syphilitique.

En 1874, naissance d'un deuxième enfant qui eut au bout d'un mois un coryza rebelle et mourut sans phénomènes aigus après avoir langui quelque temps.

En avril 1876, mort du mari après une courte maladie fébrile accompagnée d'un peu de toux sèche.

En 1877, début de la dactylite. Sans cause traumatique et sans qu'elle ait remarqué des manifestations primaires ou secon-

---

1. Voir l'observation de cet enfant (Enfants, cas IX).

daires, Mme B... commença à remarquer, sur le côté palmaire de la phalange terminale de l'index gauche, une *nodosité* grosse comme une lentille, sensible à la pression et parfaitement mobilisable, qui s'accrut, s'ouvrit en donnant issue à un liquide clair, et plus tard donna naissance à une ulcération s'étendant de plus en plus du côté cubital.

Bientôt survinrent des douleurs de tête, la chute des cheveux, et des tumeurs semblables apparurent du côté gauche du cou et de la joue, ainsi qu'à la face dorsale de la main déjà malade. On supprime les emplâtres à l'acétate d'alumine, les bains de camomille et les badigeonnages iodés employés jusque-là et on ordonna l'iodure de potassium. Ce traitement fut négligé et le Dr Hack, médecin traitant, envoya la malade dans une clinique chirurgicale où une intervention immédiate fut décidée, tous les essais thérapeutiques faits jusqu'alors étant restés infructueux. Cette opération fut différée, Mme B... étant enceinte ; elle accoucha d'un garçon en juillet 1879.

On institua de nouveau le traitement à l'iodure, d'autant plus nécessaire que les nodosités décrites précédemment commencèrent à s'ulcérer et s'augmentèrent de deux autres, au côté interne de l'avant-bras droit, et à la poitrine sur le manubrium sterni. La malade négligea bientôt encore ce traitement et resta sans soins médicaux jusqu'à mars 1881, époque à laquelle des hémoptysies commencèrent à apparaître et bientôt se reproduisirent fréquemment. Celles-ci apparaissaient plus particulièrement à la suite d'efforts et de fatigues. Les quantités de sang perdu dépassaient parfois un demi verre.

C'est alors qu'elle réclama les soins du Dr Hack qui, après cessation des sympômes pulmonaires, et après tous les essais thérapeutiques possibles (pansements, emplâtres, mercuriels,

curettages, grattages) pour agir sur les formations gommeuses, me céda la malade et ses enfants, tant pour continuer à l'observer que pour la soigner.

Etat actuel. — (Fin janvier 1882). — Personne d'apparence faible, pâle, maigre et d'aspect maladif. A la joue, trois cicatrices rouge brun, grandes comme un haricot, un peu déprimées et rayonnées ; cicatrice semblable mais un peu plus petite au tiers supérieur de la face interne de l'avant-bras droit.

A la main gauche, dont l'index manque, existe un tissu cicatriciel rosé sur le dos de la main, principalement sur la tête du 2e métacarpien. A la tête métacarpienne, ulcérations, grande comme un pois du côté radial, plus grande du côté cubital, simulant par leur base fongueuse l'ouverture de fistules. Pourtant un stylet ne peut pénétrer ni au fond ni sur les côtés, donc la profondeur n'est qu'apparente. Ces ulcérations donnent issue à une sécrétion très épaisse, visqueuse, qu'on retrouve en plus grande quantité sur le pansement enlevé. Sur le reste du corps, ni cicatrices, ni exanthème. Auscultation et percussion : craquements aux deux sommets. Au cours des deux mois que je passai encore à Fribourg le seul traitement local à l'iodoforme ne donna aucun résultat appréciable sur le processus ulcéreux. Pourtant le malade toussait moins, se sentait relativement bien, et ne présenta aucun autre symptôme spécifique. Rien d'anormal au pharynx et au larynx.

Anatomie pathologique. — Le doigt, conservé dans la liqueur de Müller et l'alcool est coloré en vert par cette liqueur et considérablement raccourci et épaissi par rapport aux doigts restants. Les deux dernières phalanges principalement sont, malgré le ratatinement considérable, épaisses jusqu'à doubler de circonférence. Le doigt apparaît non fusiforme, mais plutôt

en massue. Il fait l'impression d'un griffe d'oiseau, tant à cause de sa forme en bec de perroquet qu'à cause de la situation presque à angle droit de l'ongle et de la diminution considérable du tissu palmaire sur lequel font saillie maintenant les arêtes latérales de l'ongle. A la limite des 2e et 3e phalanges se trouve sur la face cubitale une altération profonde et irrégulière, dont les bords sont décollés par endroits. De même sur le dos du doigt, plus cubitalement situées et entourant la matrice de ses diverticules, de même aussi sur la face palmaire de la 2e phalange se trouvent des ulcérations plus étendues et plus profondes. Une coupe faite par la 2e phalange montre que le tissu compact de l'os est devenu mou et extrêmement poreux. La partie spongieuse, considérablement raréfiée par places, est remplacée ailleurs par une masse granuleuse molle et charnue dans laquelle on ne trouve ni les noyaux de dégénérescence caséeuse, caractéristiques des tubercules, ni de plus grandes cavernes remplies de détritus caséeux.

Pour la recherche microscopique, les coupes sont faites par la 2e phalange, près de son articulation proximale, et passent par les articulations précédemment décrites. Les coupes ont été décalcifiées par l'acide picrique, colorées par le carmin et l'hématoxyline, puis montées sur baume de Canada.

Les surfaces des coupes sont constituées presque exclusivement par un tissu formé de cellules rondes, entre lesquelles on voit par places de rares trabécules amincis. Le surface de l'ulcération montre sous le microscope des détritus grenus restés incolores. Les vaisseaux sanguins sont très nombreux. Les parois des artères sont très épaissies, et une coupe transversale montre que ces épaississements sont surtout marqués dans les parois interne et externe.

Cas XXI. — *De Fox G.-H.* (1).

Homme de vingt-quatre ans, syphilis datant de quatre ans, habitudes d'intempérance. Trois ans et demi après le chancre, le médius droit avait commencé à enfler, et n'avait fait depuis qu'augmenter de grosseur. On constate une gomme sur l'avant-bras droit, à 2 pouces du coude, et le doigt affecté est surtout enflé à la face palmaire. Ce doigt est rouge pâle et n'a jamais suppuré. Le tibia gauche est sensible, et les deux jambes présentent des cicatrices brun foncé. La deuxième jointure du doigt ne semble pas affectée, mais l'extrémité distale du métacarpien est grossie. Mouvements de latéralité considérables. Après trois semaines de traitement mercuriel, l'enflure du doigt s'était légèrement réduite, et une ulcération s'était produite à sa surface. Deux semaines plus tard le doigt avait encore diminué, la peau paraissait trop large pour l'os et adhérait si peu à ce doigt qu'elle paraissait décollée quand on la pinçait de chaque côté de l'ulcération. Deux semaines plus tard, le doigt avait encore diminué et l'ulcération était presque guérie. Le malade avait été mis à l'iodure pendant cinq semaines.

Le Dr Piffard dit avoir vu deux ou trois cas de cette affection dans sa clientèle privée, et quelques autres à l'hôpital ; il dit se rappeler en avoir vu un cas douze ans auparavant, chez une femme d'âge moyen,

1. Compte rendu de la séance du 28 novembre 1882 de la New-York Dermatological Society, publié *in Journ. of cut. and ven. Diseases*, New-York, janvier 1883, p. 115. Voir cas XI des enfants.

cas dont il fut alors incapable de diagnostiquer la nature véritable, le Dr Taylor n'ayant pas encore, à ce moment, attiré l'attention sur cette affection... Le Dr Sturgis dit que, dans les cas qu'il eut occasion d'examiner, les exacerbations nocturnes n'étaient pas signalées. Il pense que l'absence de douleur est un des symptômes de l'affection. Il est d'avis que la coexistence de diathèse rhumatismale ou goutteuse augmente la tendance à cette affection, et que dans les cas où les diathèses se mêlaient, les jointures pouvaient être affectées à leur tour et alors on pouvait avoir de la crépitation articulaire. Mais il pense que, dans les cas d'origine purement syphilitique, les jointures ne sont pas affectées.

Cas XXII. — *Sur un cas de dactylite syphilitique par F.-W. Lowndes* (1) (*Traduite in extenso*).

Je fus appelé, il y a quelque temps déjà, à examiner une femme mariée de trente-cinq ans, mère de trois enfants vivants dont l'aîné a dix ans et qui jouissent d'une excellente santé. Il y a trois ans elle accoucha d'un quatrième enfant qui mourut à onze mois d'une bronchite d'après le certificat de décès. La mère dit que cet enfant criait continuellement et que rien ne pouvait l'apaiser. Cette malade avait été infectée par son mari syphilitique dix ans auparavant. Elle semble avoir eu une syphilis bénigne dont elle souffrit peu et qui demanda peu de soin. Elle fut traitée dès l'accident initial et semble n'avoir présenté

1. *In The Lancet*, 23 mars 1889, p. 574.

aucun accident secondaire jusqu'à ces temps derniers, lorsqu'elle présenta des ulcérations spécifiques rebelles sur les bras et les jambes, une éruption squameuse sur la face et le cuir chevelu, pendant que presque tous les doigts des deux mains enflaient et devenaient douloureux deux mois avant mon examen. Elle suivit pendant quelque temps un traitement qui semble avoir amélioré son état pendant un certain temps, lorsqu'il se produisit une recrudescence et les symptômes reparurent aussi nets et aussi marqués. Elle prit du sublimé et de l'iodure à forte dose.

Lorsque je vis pour la première fois la malade, vers le milieu de décembre dernier, elle était au lit, avec une éruption squameuse du cuir chevelu et du front, et des ulcères des bras et des jambes à différents stades de guérison. La vue de sa main me rappela aussitôt les planches du livre de Bumstead et Taylor représentant les différentes formes de dactylite syphilitique (*Pathologie et Traitement des maladies vénériennes*, p. 728-732).

La main gauche fut d'abord prise, la maladie ayant commencé par la première phalange du médius, puis celle de l'index, puis celle du petit doigt. La main droite ne fut prise que plus tard ; l'index et le médius furent les premiers affectés puis le petit doigt. Dans chaque main le pouce et l'annulaire ont échappé au processus. Les mains étaient naturellement bien formées, et le contraste était frappant entre les doigts sains et les doigts malades. Ceux-ci avaient une forme globuleuse mais leur grosseur diminua sous le traitement.

(Suivent les détails du traitement ; localement : pommade au calomel et à l'iodoforme ; traitement spécifique mixte ; traitement tonique).

Le mercure et l'iodure furent très bien supportés et l'état de la main s'améliora remarquablement. L'éruption de la face et

du cuir chevelu qui la désolait tant disparut bientôt et ne se reproduisit pas ; de même, les ulcérations guérirent rapidement. Les doigts demandèrent plus de temps et exigèrent un traitement suivi. La tuméfaction de l'index droit finit par s'abcéder et l'articulation métacarpo-phalangienne fut ouverte ; il s'en écoula une épaisse matière jaune et on eut une surface ulcérée qui guérit complètement sous le traitement. Le petit doigt de la main droite était le plus sérieusement affecté de tous ; la tumeur s'abcéda également là à l'articulation métacarpo-phalangienne, et une ulcération béante subsista qui, avec l'état obstinément contracté du doigt, me fit craindre pour celui-ci une déformation permanente. Heureusement cette éventualité fut évitée par l'extension du doigt, maintenue par des bandes imprégnées d'onguent mercuriel, et par la continuation du traitement interne. Les doigts revinrent peu à peu à la normale, sauf le médius droit qui est encore un peu gros. L'état de la malade lui permet actuellement de venir me voir et s'est notablement amélioré.

Il est généralement admis que cette affection syphilitique, spécialement dans la forme acquise, est relativement rare. Dans le mémoire que le Dr Taylor, en janvier 1871, consacra spécialement à ce sujet, il dit que les auteurs ont rapporté seulement des cas isolés. Il fait observer que cette affection fut appelée autrefois « panaris syphilitique » ; en 1883 il dit qu'il a vu neuf autres cas depuis son mémoire de 1871. Berkerey Hill et Arthur Cooper, dans la deuxième édition de *Syphilis and local contagions diseases*, disent que c'est une affection

rare, et M. Hill, dans une lettre qu'il m'adresse, dit que « de tels cas sont rares ». Jonathan Hutchinson, dans son *Manual of Syphilis*, dit à la page 455 : « ...l'affection, néanmoins, n'est pas commune ». Dans douze ans, de 1875 à 1887, je n'en ai jamais vu un cas parmi les malades du Lock Hospital, quoique les cas de syphilis tertiaire y fussent communs, et les malades habitués à venir suivre le traitement pendant plusieurs années après l'accident initial. Nous avons donc vu de nombreux cas de formes tardives de la syphilis, et si la dactylite syphilitique n'était pas une affection très rare, nous aurions certainement eu l'occasion de la rencontrer. Je ne me rappelle pas en avoir vu auparavant dans ma clientèle privée, et il résulte de mes conversations avec de nombreux médecins amis qu'il est absolument certain que cette affection est très rare dans la syphilis acquise. C'est pourquoi j'ai cru devoir publier cette observation.

Cas XXIII. — *Observation de Koch (de Nuremberg). Traduite* in extenso.

Sch... Georges, fonctionnaire des chemins de fer, quarante-quatre ans ; chancre en 1863, pas de manifestations secondaires. En 1883, processus inflammatoire du palais osseux et élimination d'un séquestre. Le malade a six enfants sains ; j'ai opéré l'aînée, une fille de quinze ans, d'une exostose sous-onguéale du 2e orteil.

Le début de l'affection du pouce gauche remonte à deux

ans ; sur le côté dorsal de la phalange terminale se produisit une tuméfaction des parties molles, violacée et un peu sensible. Au bout de quelques semaines, cette tumeur s'abcéda et il en résulta une ulcération ; celle-ci atteignit la grandeur d'une pièce de 20 pfennigs, puis commença à guérir. Une 2e ulcération lui succéda au bord cubital. En même temps que la tuméfaction violacée continuait à s'étendre en haut vers la région dorsale de l'articulation interphalangienne, la 2e ulcération prenait part au processus ; il s'ensuivit une tuméfaction de l'articulation et visiblement des désordres graves dans celle-ci. Le malade affirme que l'articulation devint branlante et qu'il put nettement percevoir des crépitations articulaires. L'ulcération et la tuméfaction de la phalange terminale disparurent progressivement et spontanément, mais cette phalange resta inclinée vers le côté radial. Malgré cela le processus continua à avancer progressivement et gagna la 1re phalange du pouce. Il y a neuf mois, les parties molles infiltrées donnèrent lieu du côté radial à une petite ulcération qui guérit bientôt et fut remplacée par une autre plus grande du côté cubital. Cette dernière ulcération atteignit des dimensions considérables, occupa finalement toute la face interne de la 1re phalange du pouce, et pénétra dans l'os qui pourtant n'enfla pas. Cet os fut gratté le 28 septembre 1885. La guérison semblait complète lorsque de nouveau, il y a quelques semaines, une inflammation, se traduisant par une coloration violacée de la peau, commença à l'extrémité supérieure de la cicatrice et gagna le dos de la main, où elle aboutit à la production de deux ulcérations situées dans la région du métacarpe comprise entre le pouce et l'index.

Le malade n'avait jamais suivi de traitement antisyphilitique.

Etat actuel (3 janvier 1886). — Homme vigoureux, sans

symptômes nets de syphilis constitutionnelle (même au palais on ne voyait plus rien).

La phalange terminale, dont l'ongle est normal, paraît aplatie et un peu élargie, comparée à la 1re phalange considérablement atrophiée et manifestement allongée. Elle est en légère hyperextension et en outre forme au niveau de l'articulation interphalangienne un angle obtus avec le côté radial de la 1re phalange. La base de la 1re phalange est atrophiée à sa partie radiale ; la partie cubitale au contraire est fortement proéminente et un peu épaissie. Cette proéminence est d'autant plus frappante que la partie interne de la 1re phalange est profondément creusée dans toute sa longueur (effet du grattage de l'os), et de ce fait la phalange est effilée. Les mouvements de l'articulation interphalangienne sont très limités, surtout dans le sens de la flexion. La peau de la 2e phalange est mobile, non infiltrée, présente les mêmes caractères, et montre une grande cicatrice radiée, fortement adhérente à l'os par endroits, et dont les rayons vers le milieu de la face cubitale convergent dans la dépression susdite et figurent une sorte d'étoile. Au-dessus de la première articulation du pouce, dont les mouvements sont libres, commence une infiltration molle de la peau qui s'étend sur le dos de la main, du côté radial jusqu'au bord de la main ; supérieurement jusqu'à l'articulation carpo-métacarpienne ; du côté cubital un peu plus loin que le 2e métacarpien ; elle se termine à la 1re articulation de l'index et à l'union des faces dorsale et palmaire, entre le pouce et l'index. Dans toute la région comprise entre ces limites la peau est fortement violacée ; par la pression on obtient à peu près la sensation molle que donne le lupus. Au milieu de l'espace qui sépare le pouce de l'index on voit deux ulcérations de la grandeur d'une pièce de 20 pfen-

nigs, séparées l'une de l'autre par une bande, large d'environ 1 centimètre, d'une peau également infiltrée et violacée ; le fond de cette ulcération est lardacé, on y voit une sécrétion visqueuse peu purulente. La sonde passe facilement sous la peau d'une ulcération à l'autre et on constate que la peau est décollée dans toute l'étendue de la zone infiltrée, que les ulcérations ne sont par conséquent que les orifices d'une grande poche pathologique.

Traitement : iodure à l'intérieur, pansement local antiseptique. Guérison en six semaines des ulcérations et de l'infiltration.

Cas XXIV. — *Observation de Heller* (1).

Après un résumé de tout ce qui a paru jusqu'à aujourd'hui sur la dactylite syphilitique, Heller passe à la description de deux cas observés par lui. Dans le *premier cas* il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans qui, outre une gomme au gros orteil gauche et une gomme à l'avant-bras droit, présente à l'index et au médius de la main gauche un gonflement peu douloureux en forme de fuseau des deux phalanges de la base.

Le gonflement appartenait à l'os, était circulaire, uniforme, la peau qui le recouvrait n'était que peu épaissie, et ses plis à peine effacés, presque normaux.

Après administration de KI à haute dose, l'affection s'améliora peu à peu.

---

1. Traduct. de l'Anal. de Beitr. Von der dactylite syphilitique faite dans la *Derm. Zeitsch.*, 1896, III, cahier 5-6, p. 469. L'analyse d'un cas d'enfant dont l'observation est donnée dans le même travail, voir Enfants, cas XII.

Mais la malade devint cachectique et mourut environ un an après.

Cas XXV. — *Dactylite syphilitique multiple, par Mracek* (1).

A la séance du 25 janvier 1901 de la *Wiener Deutsche Gesellschaft,* Mracek présente un homme de trente ans qui contracta la syphilis en juillet 1895 ; en décembre, exanthème et paronychie du pouce gauche. Plus tard, le 3e orteil du pied et enfin les deux index furent successivement atteints. Dans ces derniers temps, tuméfaction et rougeur des doigts déjà malades, et de plus douleurs dans la 2e phalange du pouce gauche qui est épaissie, tuméfiée, avec peau bleuâtre. L'ongle est déformé, soulevé et fendillé. La tumeur n'est pas douloureuse. A l'index, l'épaississement de l'os et des parties molles s'étend aux deux premières phalanges. Sur la main droite, l'extrémité de l'os métacarpien de l'index est tuméfiée et remplie d'une masse élastique à coloration livide ; la 1re phalange du pouce est tuméfiée et douloureuse ; il en est de même des dernières phalanges des 1er et 5e orteils du pied gauche. La radiographie a montré que les lésions des os malades avaient des contours plus clairs et diffus avec des vacuoles plus nettes et plus claires, correspondant à la raréfaction atrophique de la substance osseuse. Sur l'os du nez, à droite, la peau est rouge sur l'étendue d'un haricot avec tuméfaction de l'os. Jusqu'à présent il n'existe pas de nécrose ulcéreuse des infiltrats syphilitiques. Ce malade a été soumis depuis le début de l'infection, et à plusieurs reprises, à un traitement spécifique.

1. *Ann. de Derm. et Syph.*, Paris, 1901, p. 869.

Cas. XXVI. — *Syphilis héréditaire simulant la tuberculose ; spina ventosa spécifiques multiples. Par Gaucher et Louste* (1).

Le nommé D. M..., trente-sept ans, a eu il y a sept ans à la face interne du genou droit des lésions ulcéreuses qui ont persisté deux mois. Deux ans après, la main gauche présente du gonflement, de la rougeur, puis s'ulcère en plusieurs endroits et il se forme des fistules. Quelques mois après c'est le front qui est touché ; on incise un abcès qui depuis est resté fistuleux. Dès ce moment le nez et les joues sont envahis par des lésions ulcéreuses. Jamais le malade n'a eu d'accidents syphilitiques connus. Il a le nez affaissé à sa racine depuis sa naissance.

Depuis sept ans ce malade a été considéré et traité comme un bacillaire ; il est amaigri, pâle et tousse un peu.

A son entrée dans le service, au début d'avril 1905, les lésions présentaient les caractères suivants ; la main gauche est complètement déformée, énorme, hypertrophiée régulièrement ; la peau, de coloration violacée, est déprimée par endroits au niveau des fistules anciennes.

L'auriculaire et l'index sont ulcérés et déformés, les autres doigts présentent des spina ventosa typiques. Le coude est presque immobilisé en flexion, tout mouvement d'extension est impossible. Il existe sur la peau de petites ulcérations multi-

---

1. C'est l'observation 2 d'un article de MM. Gaucher et Louste intitulé : « Deux cas de syphilis héréditaire simulant la tuberculose publié » dans le *Bulletin de la Société fr. de Dermat. et de Syphilig.*, mai 1905, p. 157 (Compte rendu de la Séance du 4 mai).

ples, de contours irréguliers, séparées par des cicatrices rouge brun. Les lésions de la face antéro-interne de la jambe droite ressemblent à des gommes cutanées superficielles cicatrisées. L'ulcération de la moitié droite du front, le sourcil et la paupière supérieure ne présentent pas de caractères spécifiques. La face est couverte de croûtes sous lesquelles on voit des cicatrices et des brides cicatricielles. Les os du nez sont effrondrés, il existe des cicatrices sur les ailes du nez. On constate aussi de la leucoplasie commissurale.

Si l'affaisement du nez, les lésions osseuses de la jambe droite ne sont pas douteuses comme spécificité, il en est autrement des lésions du coude, de la main et des doigts, qui ont tous les signes apparents des manifestations bacillaires et que nous avons d'abord considérées comme telles.

On prescrit le traitement : 3 centigrammes de benzoate de mercure, 4 grammes d'iodure de potassium, et localement des pansements humides.

Après cinq jours de traitement, les lésions se modifient, les croûtes tombent et les ulcérations se limitent.

Au bout d'un mois, nous obtenons une transformation complète.

La main a diminué de volume de plus de moitié, les fistules se tarissent, les doigts diminuent de volume, les mouvements du coude sont limités, mais devenus possible. Les lésions du front et de la face se cicatrisent. L'état général est excellent.

Aujourd'hui après avoir pensé à l'association de bacillose et de syphilis, nous en venons à nous demander si toutes ces lésions n'étaient pas spécifiques. Dans ce cas encore, objectivement on devrait dire bacillose.

Les commémoratifs n'existaient pas ; c'est l'affaissement du

nez et les lésions des joues qui ont permis de faire un diagnostic exact, que l'influence du traitement a confirmé.

Pour être plus précis, il était utile de faire l'examen bactériologique du pus qui sortait des fistules de la main. Un premier examen a été négatif, mais nous nous proposons par des examens répétés et surtout par l'inoculation au cobaye de lever les doutes à cet égard.

Cette similitude des lésions tuberculeuses et hérédo-syphilitiques est peut-être moins rare qu'on ne croit. Déjà à l'hôpital Saint-Antoine nous avons observé deux malades traités pendant des années par des médecins compétents pour des lésions de tuberculose osseuse et que le traitement spécifique a guéris en quelques semaines, et qui sont restés guéris depuis six ans.

En clientèle nous avons observé deux faits de cette nature.

Nous nous demandons même si dans les hôpitaux spéciaux d'enfants, où l'on voit s'éterniser des tuberculoses osseuses chroniques, quelques-unes ne bénéficieraient pas du traitement spécifique.

13 juillet (1). — Ce malade a déjà été présenté à la séance du 4 mai 1905 et moulé. On demande à ce moment le résultat de l'inoculation au cobaye. Le cobaye qui était déjà inoculé n'a pas réagi et le malade a complètement guéri sous l'influence du traitement spécifique.

Il s'agit donc bien de spina ventosa spécifiques.

---

1. C. R. de la séance de la Soc. fr. de Derm. et Syph., *in Bulletin*, 1897, p. 195.

Cas XXVII. — *Spina ventosa syphilitique* (Gaucher et Sabatier) (1).

Nous avons eu l'honneur de présenter l'année dernière à la Société de Dermatologie un malade atteint de lésions cutanées et osseuses multiples, parmi lesquelles quelques-unes reproduisaient aux doigts l'aspect typique du spina ventosa tuberculeux. Ce malade, qui pendant sept ans avait été considéré en effet comme bacillaire, était hérédo-syphilitique et a guéri entièrement par le traitement mixte.

L'observation que nous relatons aujourd'hui concerne une lésion analogue, mais survenue au cours d'une syphilis acquise : Mme D .., vingt-sept ans, est atteinte d'une syphilis ignorée mais certainement acquise, car d'une part nous ne trouvons aucun stigmate héréditaire et d'autre part les seuls antécédents spécifiques que nous relevions chez elle datent de son mariage et sont : il y a trois ans la naissance d'un enfant né à huit mois, mort à six semaines ; et un an après une fausse couche de trois mois et demi. Depuis elle a eu un enfant âgé de quinze mois aujourd'hui, bien portant, mais que nous n'avons pu examiner.

Depuis un an, elle porte à la face postérieure des deux coudes et depuis huit mois sur la face dorsale du médius de la main gauche et à la région interdigitale de l'annulaire et de l'auriculaire de la main droite des lésions qui sont des syphilides ulcéreuses typiques.

---

1. *In Bull. de la Soc. fr. de Derm. et Syph.*, février 1906, p. 71.

Depuis cinq mois elle présente un gonflement de l'index de la main droite. Ce gonflement porte surtout sur la première phalange qui est énorme et presque doublée de volume ; il diminue progressivement sur la deuxième phalange, le doigt ayant dans son ensemble un aspect fusiforme. A ce niveau la peau est intacte et glisse sur la tuméfaction profonde, lisse, régulière, très dure, et manifestement osseuse. Cette lésion est douloureuse.

Nous avons vu cette malade pour la première fois le 6 janvier 1906 et nous l'avons soumise au traitement par des injections de benzoate, 2 centigrammes par jour et 2 grammes d'iodure de potassium.

Aujourd'hui, après vingt-quatre jours de traitement, nous constatons que les syphilides ulcéreuses sont entièrement cicatrisées et que le gonflement de l'index a cessé d'être douloureux et a diminué de moitié. Le traitement sera continué jusqu'à la guérison.

Cas d'Enfants

Cas VII et VIII. — *Dactylite syphilitique par A. Tafani et C. Palizzari* (1).

Les deux auteurs italiens dans leur livre sur les ostéopathies dans la syphilis héréditaire donnent les deux observations suivantes :

Observation XIX. — (*Traduite in extenso*).

L'enfant P. G., qui a aujourd'hui quatre ans passés, fut amené

1. Tafani et Palizzari, voir la Bibliographie.

dès l'âge de vingt mois à notre consultation ; il présentait diverses lésions hérédo-syphilitiques.

Les antécédents héréditaires sont les suivants : le père contracta la syphilis en 1864 ; en 1869 il se maria, et sa femme, sans avoir remarqué de chancre, présenta au cinquième mois de la grossesse des lésions spécifiques cutanées et avorta. La deuxième grossesse se termina également par un avortement. A la troisième grossesse, ayant suivi un traitement mercuriel, comme on le lui avait conseillé, elle accoucha d'un enfant à terme qui vécut trois ans et mourut, elle ne put dire de quelle maladie.

La quatrième grossesse aboutit à la naissance de l'enfant qui fait le sujet de cette observation ; il paraissait parfaitement sain en venant au monde, mais au bout de quelques mois il se couvrit de manifestations cutanées et fut soigné chez ses parents avec des frictions mercurielles et du sirop à l'iodure de fer.

Le père, qui n'était pas encore guéri de sa maladie et qui venait de temps à autre à notre consultation pour se soigner, se décida finalement à nous faire voir l'enfant, qui, à ce moment, avait vingt mois.

Il présentait autour de l'anus et dans la bouche des papules végétantes de la muqueuse qui avaient résisté à tous les traitements jusqu'alors employés. Les frictions mercurielles, puis le sirop de Gibert et plus tard l'iodure de potassium, auxquels on adjoignit des applications locales de calomel et de liqueur de Labarraque firent disparaître assez rapidement ces lésions papuleuses.

Cependant quelques mois après apparut sur le dos du pouce gauche un gonflement qui donnait à la deuxième phalange l'aspect d'un fuseau. Cette tumeur, d'ailleurs indolente, était

accompagnée d'une légère rougeur et recouverte d'une peau lisse et brillante. La tumeur augmenta ainsi peu à peu sans qu'il vînt à l'idée des parents d'amener l'enfant à ma consultation. Trois mois plus tard, la tumeur s'ouvrait spontanément, donnant issue à une quantité abondante de pus, puis à un fragment d'os. Le gonflement des parties molles diminua sensiblement, mais non celui de l'os.

L'enfant fut alors ramené à la consultation, et nous trouvâmes la deuxième phalange considérablement augmentée, bien qu'il en manquât une partie (le fragment éliminé) sur la face dorsale. La plaie avait l'aspect habituel de toutes les formes ulcératives profondes de la syphilis. Nous ordonnâmes un traitement ioduré et nous obtînmes après un temps très court la diminution de volume de l'os et la cicatrisation profonde des parties molles, avec persistance seulement d'un petit trajet fistuleux à la partie inférieure.

L'enfant ne présenta ultérieurement aucune autre manifestation, sauf pourtant la suppuration de la glande épitrochléenne du même membre. Nous avons eu l'occasion de le revoir dernièrement : l'affaissement au milieu de la deuxième phalange correspond au type du spina ventosa commun tuberculeux ; la cicatrice est actuellement à peine rouge, mais résistante, bien qu'il existe toujours le très petit trajet fistuleux qui indique la persistance de quelques petits fragments d'os nécrosé.

Observation XX. — (*Traduite in extenso*).

L'enfant M. A..., âgé de trois mois, fut amené par ses parents en août 1879 à notre consultation. Le père avait contracté la syphilis deux ans avant son mariage, et l'avait com-

muniquée à sa femme. Les deux époux avaient déjà eu deux enfants nés au huitième mois et qui n'avaient pas survécu ; celui qu'ils amenaient, et qui était le troisième, né avec les apparences d'une bonne santé, présenta vers le deuxième mois les symptômes de la maladie. Il eut d'abord un érythème, puis des papules de dimensions variées qui, au moment de notre examen, se montraient végétantes aux commissures des lèvres, excoriées et ulcérantes autour de l'anus, aux fesses et aux plis fessiers.

La mère nous dit que l'enfant criait quand on lui touchait le pied droit ; et nous vîmes au milieu du premier métatarsien une tuméfaction notable. La palpation, qui provoquait une douleur très vive, montrait que l'os avait considérablement augmenté de volume, et que les parties molles étaient infiltrées et très dures. Traitement : 1 gramme d'iodure de potassium à la mère (nourrice) et une friction mercurielle par jour à l'enfant, avec 1 gramme de pommade mercurielle.

Le 21 août, après six frictions, les taches avaient disparu et les papules étaient déjà en voie de guérison ; la tuméfaction des parties molles du pied avait disparu, on pouvait sentir beaucoup mieux l'os augmenté de volume ; celui-ci était déjà beaucoup moins douloureux. Le 28 août, après six autres frictions les éruptions avaient complètement disparu, et la tuméfaction osseuse avait diminué de moitié. Suspendant les frictions, continuant l'administration d'iodure à la mère et faisant à l'enfant de simples applications locales de collodion iodoformé on obtint la guérison complète.

Cas IX. — *D'Eschle* (1).

Bertha B..., dix ans, d'abord nourrie au sein maternel, soumise ensuite à un régime alimentaire déplorable. Malgré cela jusque vers dix-huit mois se développa normalement. Vaccinée en 1874 ; deux semaines après le médius gauche fut atteint d'une affection siégeant principalement dans la 1re phalange, et caractérisée par une forte rougeur et un épaississement annulaire.

La mère et l'enfant n'ayant jusque-là présenté aucun symptôme spécifique, le médecin institua un traitement antiscrofuleux et ordonna des badigeonnages iodés. La maladie continua à évoluer, non seulement sur les doigts voisins et le dos de la main, mais aussi sur le pouce et le petit droit de la main droite où de semblables manifestations commencèrent à se produire. Les doigts tuméfiés s'ouvrirent, et il en sortit une sécrétion épaisse et visqueuse, mélangée, au commencement seulement, d'une assez grande quantité de pus.

Après 1880, le petit doigt droit, affecté plus tard, mais dans une plus large mesure, ne montra aucune tendance à la guérison, malgré les frictions mercurielles et le traitement ioduré ajoutés au traitement local, et on se vit obligé de le désarticuler. En février 1881, on recommença les frictions et on donna l'iodure à forte dose. Néanmoins en juillet de la même année l'affection de l'index droit avait fait de tels progrès que son ablation fut jugée nécessaire. Peu avant son transfert dans ma

1. La mère de cette enfant fait le sujet du cas XX des adultes.

clinique, l'enfant souffrit quelquefois de manifestations fébriles et d'une toux légère. Elle eut deux accès, soi-disant épileptiques, au cours desquels elle était sans connaissance et comme morte. La durée de ces accès avait été de quatre heures pour le premier, d'une demi-heure seulement pour le second; la courte durée du dernier fut attribuée par la mère à l'application d'une vessie de glace sur la tête.

État actuel (janvier 1882). — L'enfant paraît gaie, éveillée, intelligente, mais est peu développée corporellement pour son âge. L'habitus extérieur est celui des enfants scrofuleux. La peau est douce et pâle, le panniculus relativement développé, le squelette gracile. Sous la paupière supérieure droite cicatrice déprimée, de 10 millimètres sur 5 ; autre cicatrice plus grande (5 cm. sur 2) sur la joue droite, montrant une dépression de 5 millimètres au-dessous du niveau de la peau. Les narines sont bouchées par une croûte grande comme une pièce d'argent de 20 pfennigs (1).

Le médius et l'index de la main gauche présentent plusieurs cicatrices déprimées, irrégulières, rayonnées, les unes rosées, les autres blanchâtres, semblant adhérentes à l'os en plusieurs points. A droite l'index et le petit doigt manquent. Les extrémités métacarpiennes correspondantes forment des moignons cicatriciels, rosés, paraissant gonflés. A la face dorsale de l'articulation des 1re et 2e phalanges du pouce, à la face palmaire de la main sur les bords de l'éminence thénar, inférieurement et intérieurement, et sur la tête du radius, on remarque, dans le voisinage rosé et cicatriciel, des surfaces ulcéreuses dont les

1. C'est-à-dire un peu plus petite qu'une pièce française de 0 fr. 50.

dimensions varient d'une lentille à une pièce de 10 pfennigs en nickel. L'articulation interphalangienne du pouce porte à son bord cubital une croûte épaisse, jaune sale, grande environ comme un pois écrasé. Au pharynx, forte rougeur, aucune ulcération, hypertrophie amygdalienne ; rien à l'examen du larynx: Au sommet du poumon droit : submatité et inspiration rude. Les doigts autrefois désarticulés n'ont malheureusement pas été conservés et n'ont par conséquent pu être examinés.

Remarque. — Le deuxième enfant de Mme B..., dont il est parlé dans l'anamnèse, est un garçon de deux ans ; très petit, très faible, il ne peut pas marcher. Front fortement fuyant, yeux saillants, nez très aplati, narines obstruées de croûtes jaunâtres. Sur tout le corps, exanthème papuleux miliaire, particulièrement marqué aux extrémités où on le rencontre sur les deux faces.

Cas X. — *Dr Bronson.*

Le Dr Bronson parle d'un cas qu'il a vu chez un enfant de neuf mois. On n'a pu obtenir l'histoire des parents ; une semaine après la vaccination survint une enflure sur le dos d'une main ; elle fut incisée. Plus tard l'enflure se forma sur les doigts médius et annulaire, sur le gros orteil gauche et la cheville gauche. Le Docteur ne put obtenir une histoire nette de la syphilis de cet enfant, sauf cette déclaration qu'il avait eu du « nasillement ». Il découvrit sur la langue des plaques d'épithélium durci et exfolié qu'il considéra comme des vestiges de plaques muqueuses. Il trouva aussi quelque chose, qu'il regarda comme

les vestiges d'une gomme, sur un trochanter. Ne vit jamais d'autres cas semblables.

Cas XI. — *Observation 14 intitulée : Dactylite syphilitique héréditaire tardive. — Périostose gommeuse du sternum* (*Berne, Th. de Paris, 1884*).

M... (Mathias), âgé de treize ans, entre le 4 juin 1883, salle Barrier, lit nº 2. Enfant d'aspect vigoureux, malade depuis quatre mois ; il eut d'abord des douleurs aux deux avant-bras ; les douleurs étaient plus marquées la nuit et troublaient le sommeil. Il eut des douleurs au métacarpe (3e métacarpien à droite). La main devint enflée ; à la même époque apparut un gonflement de l'articulation de la phalange avec la phalangette du 2e orteil gauche et de la 1re phalange du 2e orteil droit. En même temps apparut un gonflement du tiers supérieur du sternum. Douleurs la nuit.

Les deux tibias, au niveau de la diaphyse, deviennent douloureux à cette époque. Le malade éprouva de plus une douleur névralgique de chaque côté des tempes, surtout la nuit. A la même époque il y eut gonflement prononcé de la région malaire droite, et un gonflement de la phalangine de l'index droit. Actuellement, nous observons ce gonflement de la phalange, gonflement fusiforme, renflé à la partie moyenne, douloureuse sur le côté, lorsqu'on la presse avec le doigt.

Etat présenté par l'enfant actuellement. — Crête médio-pala-

---

1. C. R. de la séance du 28 nov. 1882 de la New-York Derm. Society, publié *in Journ. of cut. and ven. Diseases*, New-York, janvier 1883, p. 115. V. cas XXXI des Adultes.

tine très marquée. Renflement médian antéro-postérieur. L'appareil dentaire, en bon état sauf de petites dentelures des deux incisives inférieures. Nous observons de plus une bosselure hémisphérique et unique du sternum, très marquée ; elle occupe le tiers supérieur et présente 3 centimètres de diamètre transversal, 2 centimètres de diamètre vertical. Cette tuméfaction est dure, non douloureuse, le tégument est sain. Le bord antérieur du tibia, un peu rugueux à gauche et à droite, est médiocrement douloureux à la pression au niveau du bulbe supérieur. Pas de lésions ganglionnaires. — La deuxième sœur, que je vois à la même époque, est âgée de neuf ans et demi ; elle souffre depuis cinq mois de douleurs costales. Asymétrie frontale ; plus grand développement de la bosse frontale gauche, affaissement de la région frontale droite, altération de la 1re molaire supérieure droite. Disparition presque complète de la 2e molaire gauche. Etat crénelé des incisives inférieures et supérieures. Crête médio-palatine. Rien aux tibias, taches jaunâtres sur le corps ; pas de cicatrices fessières appréciables, — Troisième sœur, quatorze ans et demi. Altérations dentaires, sans lésions du squelette.

Ces trois enfants n'ont jamais présenté d'engorgements ganglionnaires d'aucune sorte, ni de courbures rachitiques.

Cas XII. — *Analyse d'une observation de Heller* (1).

Ce cas concerne un enfant de deux ans et demi qui aurait eu l'extrémité du quatrième doigt de la main droite blessée par

1. Traduc. de l'« Anal. de Beitr. von der dactylite syphilitica » faite dans *Derm. Zeitsch.*, 1896, III, cahiers 5-6, p. 469. Voir Adultes, cas XXIV, l'anal. d'une obs. d'adulte donnée dans le même travail.

la porte d'une armoire. L'extrémité de la phalange en question était enflée ; l'ongle qui baignait dans le pus était en partie décollé, écarté des parties sous-jacentes ; en dépit des soins les plus minutieux le processus ne montrait aucune tendance à la guérison tout en étant remarquablement indolore. Ces phénomènes conduisirent Heller au diagnostic de dactylite syphilitique ; il fit appliquer un emplâtre mercuriel, et l'affection qui avait constamment bravé les traitements chirurgicaux guérit complètement dans l'espace de quelques semaines.

Cas XIII. — *Dactylite syphilitique* (1) *par Sherwell.*

A la séance du 22 septembre 1896 de la New-York Derm. Society, Sherwell rapporte un cas de dactylite syphilitique des troisièmes et quatrièmes doigts des deux mains chez un enfant de deux mois.

Cas XIV. — *Hérédo-syphilis. Dactylite syphilitique par MM. Gaucher et Barbe* (2).

Voici un enfant de quinze mois qui depuis trois mois est atteint aux organes génitaux d'une éruption de papules cuivrées ; sur la face interne des cuisses existent des macules pigmentées qui sont le reliquat d'une éruption semblable.

Il y a deux mois, il est survenu au creux poplité droit une gomme un peu moins grosse qu'un œuf de pigeon ; une autre

1. *Ann. de Derm. et Syph.*, Paris, 1897, p. 1189.

2. Compte rendu de la Séance du 20 mai 1897 de la Soc. Fr. de Derm. et Syph., *in Ann. de Derm. et Syph.*, 1897, p. 566.

collection semblable s'est montrée à la fesse gauche. Toutes deux sur le point de s'ouvrir à l'extérieur, ont été incisées à l'hôpital Trousseau ; celle du creux poplité n'est pas encore cicatrisée.

L'enfant est cachectique et atteint depuis longtemps déjà d'un coryza chronique ; son nez est un peu écrasé à la racine, et son front est olympien. Mais il n'a pas la triade d'Hutchinson.

A l'hôpital Trousseau, des soins de propreté avait été prescrits aux organes génitaux ; au bout de trois semaines, cette éruption n'avait pas changé d'aspect. Le traitement spécifique fut alors ordonné et en sept jours il y eut une amélioration considérable.

Depuis cinq ou six jours l'enfant présente une tuméfaction de la première phalange de l'index gauche due, selon nous, à une dactylite osseuse syphilitique. Le diagnostic différentiel de la dactylite syphilitique et du spina ventosa tuberculeux est des plus difficile, car l'aspect objectif des lésions est la même dans les deux cas. Mais il y a ici des signes manifestes d'hérédo-syphilis.

CONCLUSIONS

1° La dactylite syphilitique est une lésion rare, secondaire ou tertiaire, de la syphilis acquise et de syphilis héréditaire.

2° Tous les tissus du doigt peuvent être atteints ; la forme superficielle est plus rare que la forme profonde ; l'ostéite est plus fréquente chez les enfants, la périostite chez les adultes.

3° Quand la syphilis frappe le squelette de la main et du pied, les doigts sont atteints beaucoup plus souvent que les orteils et les métacarpiens ; les métatarsiens ne sont que rarement affectés.

4° Dans la syphilis héréditaire la plupart des cas de dactylite syphilitique sont relatifs à la première enfance et plus spécialement à la première année ; pourtant on la rencontre quelquefois chez les adultes.

5° Dans la syphilis acquise cette lésion est généralement tardive ; mais elle peut être très précoce et se produire dans les premières semaines qui suivent l'infection.

6° La syphilis tardive du squelette de la main et du pied peut n'avoir aucun caractère spécifique et

simuler absolument la bacillose, cela principalement dans la syphilis héréditaire. Pour attribuer légitimement ces lésions à la diathèse syphilitique il faut se baser sur les commémoratifs, l'examen et l'influence rapide et exclusive du traitement.

7° Le pronostic de la lésion locale dépend de la précocité du diagnostic ; il en est de même du traitement dont les résultats seront d'autant meilleurs qu'il sera institué plus tôt.

Vu le Président de la thèse :
GAUCHER

Vu le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Plenck (Joseph-Jacob). — Vienne, 1779, Rudoff Graeffer, éditeur. Doctrina de morbis venereis, p. 182. Il y a une édition italienne du même ouvrage : De morbi venerei dottrina, Venezia, 1785.

Baumès (P.). — Paris et Lyon, 1840. Précis théor. et prat. sur les mal. vén., 1re partie, p. 178.

Behrends (Fr.-G.). — Syphilidologie, t. II, 1840, p. 316.

Chassaignac. — De la dactylite syphilitique. Clinique européenne, 1859, p. 238 et in Traité de la suppuration, t. II, p. 626.

Van Ordt. — Des tumeurs gommeuses. Th., Paris, 1859, obs. 2 et 4.

Nélaton. — Du panaris syphilitique, in Gaz. des hôp., fév. 1860, p. 105 et in Bull. thérap., 1860, t. LVIII, p. 233.

Lancereaux. — Traité historique et pratique de la syphilis. Paris, 1866.

Lucke. — Berlin. Klin. Wochens., 1867, nos 50 et 51.

Archambault. — Union médicale, 1869, n° 140, p. 787.

Bergh (de Copenhague). — Archiv für Derm. und Syph., 1870, p. 223. Fall. von Gummœser (syphil.) dactylitis.

Risel. — Berlin. Klin. Woch., 1870. VII, p. 7781.

Heyfelder. — St:-Petersburger med. Zeitschr., 1870, t. I, cahier 1, p. 38–40,

Taylor (R.-W.). — On dactylitis syph. with observations on syphilitic lesions of joints. in Americ. Journ. of. Syph. and. Derm., janvier 1871.

— Ref. Schmidt's Jahrbücher, I, 151, p. 158.

— In Arch. génér. Méd. Paris, 1871, t. II, p. 117-148 (analyse de Foix).

— In Arch. de Derm. et Syph., Paris, 1872, n° 2 (anal. de Curtis), p. 114.

— In New-York medic. Gaz., 1871, 4 février, p. 128.

— In Med. record, New-York, 1871, 15 février.

— In Boston med. et Surg. Journ., 1871, 15 juin.

Perry. — The Philadelph. medic. Times, Philadelphie, 1872.

Morgan John. — 1872. Practical lessons on contagions diseases, p. 231–236, et deux articles sur la dact. syph., in The medic. Press. and Circular (déc. 1872 et janv. 1873), et à Dublin.

Curtis Smith. — Americ. Journ. of. syph. and Derm., janv. 1872, t. III, p. 33-35, a case of congenial D. S. et in France médicale, 1873, octobre, anal. de Chevallereau.

Wiglesworth. — Amer. Journ. of Syph. 1872, III, p. 142-145, Case of D. S., et in France médic., oct. 1873.

Gross. — Philad. med. Times, 1872, III, p. 86, n° 54, novembre.

Morgan. — Congenital Syph. affecting the fingers and toes of children in Medic. Press and Circular, London, 1873, 19 mars et 2 avril.

— In Dublin Journ. of medic. Sc., 1873.

Morgan In The Americ. Journ.

— In Bull. de la Soc. Obst. de Londres, 1873.

— In Revue des Sc. Médic. Paris, 1873, anal. de Delens.

Taylor (R.-W.). — The Syph. lesions bones of the hand in youns children, in Archiv. of Scientif. and pract. Med. and Surg. Philad. et New.-York, 1873, I, p. 354-359, nº 4, Avril.

Gross. — In The Surgery (1873).

Scarenzio Angelo. — Giorn. ital. d. mal. ven. e de p. Milano, 1873, VIII, p. 141-144.

Taylor (R.-W.). — Syph. diseases of the bones of fingers and toes of children, in Med. and Surg. Reporter, Philadelphie, 1874, 2 juillet.

Busey (S.-C.). — D. S. in a child. 18 months old, in Amer. Journ. of medic. Sc. Philadelphie, 1874. N. S., LXVIII, p. 434-437, octobre. In Ann. Gynéc., Paris, 1875, 2e partie, p. 253.

— Analyse in Arch. of Derm., VII, janvier 1875.

Reyes. — Arch. of Derm., New.-York, 1874-1875, p. 44-46, t. I (un cas, compte rendu de la Séance de la N.-Y. Dermatol. Society du 3 février 1875.

Smith (S.-C.). — New-York med. Journ., 1874, XIX, p. 59.

Bulkley (L.-D.). — New.-Y. Med. Journ., mai 1874, rare cases of congen. Syph. (Doct. Syph.).

— In Ann. de Gynéc. Paris, 1875, 2e partie, p. 258. In. Arch. of Derm. New.-York (analyse), VII, nº 2, janvier 1875.

Taylor (R.-W.). — Syph. lesions of the osseous system in

infants and young children, in The Americ. Journ. of Obst., 1874-1875, p. 603.

Tilbury-Fox. — 3e édit., 1873. On Skin diseases, p. 297-300.

Brynberg-Portos. — In the Americ. Journ. of Obst., février 1875, p. 549-555, plusieurs cas de D. S.

Beauregard (G.). — Etude sur la Syph. congén. ; de la Dactyl. Syph. en particulier. In Ann. de Gynéc., Paris, 1875, 2e partie, p. 40, p. 189 et 1 planche, p. 252 et 2 pl., p. 415.

— Thèse, Paris, 1875. Séméiotique des Dactylolyses (3 cas de D. S.).

Busey (S.-C.). — Congen. Syph., in Transact. of the med. Sc. of the district. of Colomb., Whashington, 1876, III, p. 28-30.

Galassi, Ruggiero. — Annali Universali, sept. 1870. In Revue d'Hayem, XI, 202, 1878.

Galassi (R). — Giorn. Ital. d. mal. ven. e de p. Milano, 1876, XI, 213-219.

Deakin. — Indian Med. Gaz., Calcutta, 1878, XIII, p. 123.

Bumstead et Taylor. — Venereal diseases, 1879, p. 661 et 770.

Lewin (G.). — Die Syph. affec. der Phal. der Finger and Zehen (phalangitis syphilitica), in Charité-Annalen, 1877, p. 618-683. Sonderdrück, Berlin, 1879. p. 67.

Lannelongue. — Lésions osseuses de la main chez un enfant syphilitique, in Progrès Médical, 1878, p. 263.

Mracek. — Zur Kenntniss der D. S. Wien. Med. Presse, 12 sept. 1880, XXI, p. 1169-1172.

Berkeley Hill et Cooper (Arthur). — Syph. and local contagions disorders, London, 1881, p. 319.

Celso Pallizzari et Taffani (A.). — Malattie della ossa da

sifilide. ereditaria, Firenze, 1881, obs. 19 et 20, id. in Giorn Ital. d. mal. ven. Milano, 1881, p. 120.

Esckle. — Ueber die D. S. Inaug. Dissert, Freiburg i. Brisgau, mars 1882.

Fox (G.-H). — Journ. of cut. et ven. New-York, 1882-1883, I, p. 115.

Porter. — Medic. News., Philad., 1882, XL, p. 296.

Sturgis. — Jour. of. cut., 1882-1883, I, p. 41.

Pacher Vittorio. — Dactilite sifilitica, Treviso, 1883.

Von Kahlden (Cl.). — Ein Fall von D. S. in Deutsch. Archiv. für Klin. Medic. Leipzig, 1884.

Renault (E). — Cliniq. des mal. syph. et cut. in Alger médical, 1884, XII, p. 110-112 et 1 planche.

Hall Lucy. — New-York Med. Jour., 1884, XL, p. 439.

Berne. — Thèse, Paris, février 1884. Des manif. oss. préc. et tard. de la Syph. héréd., obs. 14 et 19.

Polaillon. — Art. Doigt in Dict. des Sc. Méd., Dechambre. Paris, 1884, XXX, p. 227.

Fournier. — Syphilis Héréditaire tardive, Paris, 1886, p. 284.

Eschle. — In Archiv. für Klin. Chir., Berlin, XXXVI, p. 356-371, 1887.

Lowndes (F.-W.). — On a case of D. S., in Lancet, London, 1889, I, p. 574, 23 avril.

Stirling. — D. S., p. 440. Intercolon. med. cong. transact., Melbourne, 1889.

Koch Karl. — Die syph. Finger und Zehen entzünd., in Sammlung Klin. Vorträge, Leipzig, 1890, n° 359 (29e cahier, 12e série) ; Innere Medicin, n° 118, p. 3205-3244.

Kollmann (O.) (de Würzburg). — Ein Fall von Panar. Syph., in Münch. Wochensch., 1890, XXXVII, p. 488.

Olmstead (J.-C.). — D. S. with remarks in the nature of the diseases and report of a case, in South. Medic. Record, Atlanta, 1890, XX, p. 56-61.

Colcott Fox. — The Lancet, 1892, p. 870.

Trapeznikoff. — D. S. in Meditsina, Saint-Pétersbourg, 1892, IV, p. 322, 330, 341, 346, 354.

Eschle. — Beitr. zur Casuistik der D. S. Berlin et Neuwied, 1894, p. 25.

Lang (E.). — Vorlesungen über Path. und Therapie der Syphilis, Wiesbaden, 1895, p. 494.

Finger (E.). — La Syph. et les mal. vén., traduc. pr. de Doyon et Spittmann, 1895.

Heller (Julius). — Beitr. zur Lehre von der D. S. (2 obs. personnelles), in Derm. Zeitsch., Berlin, 1896, III, cahiers 5 et 6, p. 537-549.

Gaucher et Barbe. — Dactylite syphilitique chez un hérédo-spécifique, in Ann. de Derm. et Syph., Paris, 1897, p. 566 (Compte rendu de la séance du 20 mai de la Soc. Fr. de Derm. et Syph.) et p. 1189.

Mauriac (C.). — Syph. tertiaire et Syph. héréditaire, Paris, 1890, p. 339, 361, 379, 1095.

E. von During. — Trad. fr. des Leçons cliniques sur la Syph., 1898, p. 165.

Ohmann Dumesnil. — Syphilitic. Node et Syph. Dactylitis, in Tristate Med. Journ. et Pract., Saint-Louis, 1898, V, 67-74.

Jullien (L.). — Traité pratique des mal. vénér., Paris, 1899.

Mracek. — Dactylite Syph. multiple, in Wien. Klin.

Wochens., XIV, p. 431-435, id. in Ann. Derm. et Syph., Paris, 1901, p. 869 (résumé de l'observation).

Berdal. — Traité prat. de la Syphilis, Paris, 1902, p. 507, 528, 755.

Gaucher et Louste. — Spina ventosa syphilitiques multiples chez un adulte hérédo-spécifique (Deux cas de syphilis héréditaire simulant la tuberculose, observation II), in Bulletin de la Soc. Fr. de Derm. et Syphil. mai 1905, p. 157 et 195.

Gaucher et Sabatié. — Spina ventosa syphilitique, in Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syphil. février 1906, p. 71.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.